

**DIFERENCIAS Y SIMILITUDES
ENTRE EL PSICOANALISIS,
LA PSICOTERAPIA BREVE
Y LA
TERAPIA DE INTERACCIÓN RECÍPROCA**

Aguado, R. y Campos, M. (2006)

Definiciones de Psicoterapia

El término Psicoterapia se asigna hoy en día a intervenciones muy diferentes, realizadas, generalmente, por personal especializado muy distinto y con objetivos muy diversos. Por ello, y teniendo la ocasión de presentar varias definiciones (la mayoría seleccionadas por Mahoney, 1995), revisaremos algunas de ellas propuestas por diferentes autores para así hacernos una idea de cuán variado es este concepto.

La variedad de definiciones es bastante extensa como para incluir todo lo que pretende ser psicoterapia, con el inconveniente de ser poco específica cuando se refiere a las intervenciones y de extenderse a materias poco claras como el *crecimiento personal*, por ejemplo, o la búsqueda de la experiencia (A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega, 2001). Una definición de este tipo es la propuesta por **Judd Marmor**.

Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contacto implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismas como agentes de salud (Mahoney 1995)

Otra definición propuesta por **Mahoney** muestra el mismo inconveniente y le agrega una carga ideológica mucho mayor.

Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuo como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso del desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar, con frecuencia vías técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica (Mahoney 1995).

La carga ideológica es el inconveniente de algunas definiciones, como por ejemplo la de **Pierre Bernard Scheneider**, para el que psicoterapia es la intervención que se basa en un determinado modelo psicopatológico (sitúa la psicoterapia en el campo de la práctica *médica*), las intervenciones que se basan en otras cosas son simplemente terapias.

Psicoterapia es un método médico de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por una parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo la del psicoterapeuta (Shneider 1976).

Otras definiciones se preocupan por el *debe ser*, son un conjunto de normas más que explicar lo que realmente es una práctica. Por ejemplo, **Emelkamp** exige una metodología científica de base, algo fuera de lo habitual en lo que ha sido la definición del término psicoterapia.

Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas maladaptativas, por ellos mismos (Mahoney 1995).

En otros casos lo normativo no va unido a lo científico, sino que es más bien un criterio ético o de moralidad. Así **Albert Ellis** es un referente de lo dicho.

La psicoterapia consiste en ayudar a la gente a ver y cuestionar seriamente sus imperativos conscientes e inconscientes utilizando un repertorio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales y, de este modo, hacerlos menos perturbados y menos perturbables (Mahoney 1995).

Whitaker, siguiendo esta línea, le añade el problema de suponer que *uno puede ser más o menos uno mismo*.

Psicoterapia es una paternidad adoptiva profesional con la función deliberada de facilitar el intento del paciente de ser más él mismo (Mahoney 1995)

Para **Thomas Szasz** lo expuesto no es de extrañar ya que dice:

La pregunta sobre “¿Qué es la psicoterapia?” presupone que la psicoterapia existe. Yo creo que no es así. Como la enfermedad mental la psicoterapia es una metáfora y, como metáfora extensa, un mito... El término psicoterapia denota varios principios y prácticas de éticas seculares. Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento, cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes (Mahoney).

La definición de **Paul Watzlawick** podría aplicarse a diversas prácticas que no tienen la consideración de psicoterapia.

Psicoterapia intenta cambiar las asunciones de las personas acerca de la naturaleza de la realidad, asunciones que ellos consideran son verdad, objetivos o aspectos platónicos del mundo “real” (Mahoney 1995).

Otras definiciones están bien construidas, pero su eclecticismo deja en ambigüedad la definición de términos como lo que se entiende por *problema* y da por sentado que lo que diferencia a terapeuta y paciente es su grado de salud mental (y no la posición que ocupan en la tarea común). Así define **Sol Garfield** la psicoterapia:

Psicoterapia es un proceso interpersonal planificado en el cual la persona menos trastornada, el terapeuta, intenta ayudar a la más trastornada, el paciente, a superar su problema (Mahoney 1995).

La definición dada por la **Danish Psychiatry Society**, que fue aceptada por el grupo de trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas da por sentado existe una *base*

científica e integra (en un llamativo y/o) metas tales como conseguir la mejor función emocional o social.

La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psiquiátrico. Lo realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo.

Los autores del libro “La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas” Fernández Liria y Rodríguez Vega (de cuyo texto obtuve estas definiciones), junto a su grupo de trabajo, utilizan como definición de psicoterapia la siguiente:

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

Con esta definición los autores citados dicen pretender “circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias más o menos interesantes (que nos parecerían irrelevantes para una reflexión planteada desde la psiquiatría pública)”.

Los autores referidos agregan:

“Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

Si el objetivo no hubiera sido construir por consenso una definición a partir de una reflexión conjunta sobre nuestra práctica hubiéramos podido adoptar la impecable definición de **Jorge Luis Tizón** (1992).

La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no sólo psicológico)”.

El Psicoanálisis una forma especial de psicoterapia

El psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia. La psicoterapia empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX, con el desarrollo de dos grandes escuelas sobre la **sugestión**, en Nancy con Liébeault y Bernheim y en la Salpêtrière con Jean-Martin Charcot.

Por lo dicho, el nacimiento de la psicoterapia se ubica a partir del **hipnotismo** del siglo XIX. Si es conocida y con razón la frase de que la psicoterapia es un viejo arte y una ciencia nueva, es a esta nueva ciencia de la psicoterapia la que se la ubica en la segunda mitad del siglo XIX. Como arte la psicoterapia, en efecto, ya tenía antiguísimos antecedentes desde Hipócrates hasta el Renacimiento. Las figuras de Vives (1492-1540), Paracelso (1493-1541) y Agripa (1486-1535) son el comienzo de una gran renovación que culmina en Johann Weyer (1515-1588), y promueven una *primera revolución psiquiátrica*, aportando una explicación natural de las causas de la enfermedad mental pero no un concreto tratamiento psíquico (R. Horacio Etchegoyen, 2002).

A finales del siglo XVIII, pasados ya casi tres siglos, son sucedidos estos renovadores por otros hombres como Pinel (1745-1826) que implanta su heroica *reforma hospitalaria* e introduce un enfoque humano, digno y racional de gran valor terapéutico en el trato con el enfermo. Junto a Pinel, aunque en otra categoría Messmer (1734-1815), ambos son precursores, aunque no psicoterapeutas. Más tarde Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, creador de un tratamiento regular y sistemático en donde diversos factores ambientales y psíquicos quedan incluidos en lo que se conocerá desde entonces como *tratamiento moral*.

El tratamiento moral de Pinel y Esquirol, estudiado por Claudio Bermann (1962) “es el conjunto de medidas *no físicas* que preservan y levantan la moral del enfermo, especialmente el hospitalizado, evitando los grandes artefactos iatrogénicos del medio institucional”. Este tratamiento moral, por su carácter anónimo e impersonal, no alcanza a ser psicoterapia, es decir, pertenece a otra clase de instrumentos.

Hacia 1840, con los trabajos de James Braid (1795-1860), se extendieron las concepciones de Messmer y llegan a Liébeault (1823-1904) que trasforma su consultorio rural en Nancy en el más importante centro de investigación del hipnotismo en todo el mundo. La nueva técnica que había recibido Braid, un cirujano inglés, la aplica como instrumento de investigación y de asistencia; Liébeault la usa para mostrar <<la influencia de la moral sobre el cuerpo>> y curar al enfermo, siendo de tal importancia sus trabajos que algunos autores no dudan de señalar a Nancy como el lugar donde dio comienzo la psicoterapia (R. Horacio Etchegoyen, 2002).

El tratamiento hipnótico que aplica Liébeault es personal y directo, se dirige al enfermo pero le falta algo para ser psicoterapia: el enfermo mantiene una actitud pasiva mientras recibe la influencia curativa del médico. El tratamiento de Liébeault es, pues, personal, pero no *interpersonal*.

Es con Hypolyte Bernheim (1837-1919), siguiendo la investigación de Nancy, quien pone énfasis en la **sugestión** como fuente del efecto hipnótico y motor de la conducta humana, se perfila la interacción médico-paciente, una de las características definitorias de la psicoterapia. Y, en sus trabajos se ocupa de la histeria, la sugestión y la psicoterapia.

Poco después, en los trabajos de Janet en París y de Breuer y Freud en Viena, donde la *relación interpersonal* es patente, comienza a surgir la psicoterapia. Siendo mérito de Sigmund Freud (1856-1939) el haber llevado la psicoterapia al nivel científico, con la introducción del psicoanálisis. Desde aquel momento, será *psicoterapia* un tratamiento dirigido a la psiquis, a través de la comunicación, en un marco de relación interpersonal, y respaldado en una teoría científica de la personalidad.

Resumiendo, los rasgos característicos que destacan la psicoterapia por su devenir histórico son:

- . Su *método*, se dirige a la psiquis por la única vía practicable, la comunicación.
- . Su *instrumento* de comunicación que es la palabra (o mejor dicho el lenguaje verbal y preverbal)
“fármaco” y a la vez mensaje.
- . Su *marco*, la relación interpersonal médico-enfermo.
- . Su *fin*, que es curar, y todo proceso de comunicación que no tenga este propósito (adoctrinamiento, enseñanza, catequesis) nunca será psicoterapia.

En tanto llegan al máximo desarrollo los métodos científicos de la *psicoterapia sugestiva e hipnótica*, se inicia una nueva investigación que ha de operar un giro copernicano en la teoría y la praxis de la psicoterapia. Hacia 1880, Joseph Breuer (1842-1925) aplica la técnica hipnótica en una paciente que será conocida desde entonces como Anna O. (Berta Pappenheim) y descubre en su práctica una forma radicalmente distinta de psicoterapia (el método catártico).

Resumiendo, podemos decir que desde el gran descubrimiento de la sugestión en Nancy y la Salpêtrière se recortan tres etapas en el tratamiento de las neurosis. En la primera se utiliza la **sugestión**, y después otros procedimientos de ella derivados, para inducir una conducta sana en el paciente. Breuer renuncia a esta técnica y utiliza el **hipnotismo**, no para que el paciente olvide sino para que exponga sus pensamientos. Anna O., la célebre enferma de Breuer, llamaba a esto *la cura por hablar*. Breuer dio así un paso decisivo al emplear la hipnosis (o la sugestión hipnótica) no para que el paciente abandone sus síntomas o se encamine a conductas más sanas, sino para darle la oportunidad de hablar y recordar, base del **método catártico**; y el otro paso lo dará Freud cuando abandone el hipnotismo.

¿Pero qué encontró Breuer que cambió la psicoterapia que practicaba? Breuer había curado y sanado a Anna O. de parálisis, de contracturas, de inhibiciones y de

alteraciones de la consciencia. Breuer aplicando la hipnosis consigue que la paciente recuerde todo lo que se refiere a sus síntomas. En estado de vigilia, consciente, la paciente no era capaz de decir nada. Breuer cambia la técnica para darle a la paciente la oportunidad de hablar y recordar, base del método catártico. En estado hipnoide la paciente parece estar consciente y despierta, y en este estado comprueba que el hecho de recordar un suceso particular oculto detrás de cada síntoma, le lleva a la curación del mismo. Esta rememoración se acompaña de una liberación de *afecto*, y a este método Breuer lo llama catarsis o purga. Anna O. le dio el nombre de *deshollinamiento* y más tarde de *cura por la palabra*. Con la técnica catártica descubre un hecho sorprendente, la *disociación de la conciencia*, que se hace visible a ese método en cuanto produce una *ampliación de la conciencia*. La disociación de la conciencia da lugar a dos teorías fundamentales, o tres, si se añade la de Janet. Breuer postula que la causa del fenómeno de disociación de la conciencia es el *estado hipnoide*, mientras que Freud se inclina a atribuirlo a un *trauma*.

La explicación de Janet remite a la *labilidad de la síntesis psíquica*, un hecho neurofisiológico, constitucional, que se apoya en la teoría de la degeneración mental de Morel, es decir se debe a una causa biológica, orgánica, que no abre camino a ningún procedimiento psicológico científico, a lo sumo, a una psicoterapia inspiracional, nunca a una psicoterapia coherente con su teoría, y por tanto etiológica.

La teoría de Breuer y sobre todo la de Freud, son psicológicas. La *teoría de los estados hipnoides* postula que la disociación de la conciencia se debe a que un determinado acontecimiento encuentra al individuo en una situación especial, el estado hipnoide, y por esto queda segregado de la conciencia. El estado hipnoide puede depender de una razón neurofisiológica (la fatiga, por ejemplo, de modo que la corteza queda en estado refractario) y también de un acontecimiento emotivo, psicológico. De acuerdo con esta teoría, que oscila entre lo psicológico y lo biológico, lo que se logra con el método catártico es retrotraer al individuo al punto en el que se produjo la disociación de la conciencia (por el estado hipnoide) para que el acontecimiento ingrese al curso asociativo normal y, consiguientemente, pueda ser “desgastado” e integrado en la conciencia.

La hipótesis de Freud, la *teoría del trauma*, era puramente psicológica, y fue la que en definitiva los hechos empíricos apoyaron. Freud defendía el origen traumático de la disociación de la conciencia: era el acontecimiento mismo que, por su índole, se hacía rechazable *de y por* la conciencia. El estado hipnoide no había intervenido, o habría intervenido subsidiariamente; lo decisivo era el hecho traumático que el individuo segregó de su conciencia.

De todos modos, lo que importa para el razonamiento que estamos haciendo, al margen de las teorías, es que una *técnica*, la hipnosis catártica, llevó a un descubrimiento, la disociación de la conciencia, y a ciertas teorías (del trauma, de los estados hipnoides), que, a su vez, llevaron a modificar la técnica.

Según la teoría traumática, lo que hacía la hipnosis era ampliar el campo de la conciencia para que el hecho segregado volviera a incorporársele; pero esto podría lograrse también por otros métodos, con otra técnica.

La nueva técnica de Freud: el psicoanálisis

Freud siempre se consideró un mal hipnotizador, posiblemente porque el método no satisfacía su curiosidad científica y quizás por eso decidió abandonar la hipnosis y elaborar una nueva técnica para llegar al trauma. Posiblemente, también se decidió a dar este paso al recordar la famosa experiencia de Bernheim sobre la *sugestión poshipnótica* (a veces había presenciado como Bernheim daba a una persona en trance hipnótico la orden de hacer algo luego de despertar, y la orden era cumplida con exactitud. Si a la persona que había sido hipnotizada se le preguntaba que explicase el porqué de sus actos generalmente lo explicaba con argumentaciones triviales. Sin embargo Bernheim no quedaba satisfecho con esas racionalizaciones y tras insistir el sujeto terminaba por recordar la orden recibida en el trance), todo esto, posiblemente, determinó cambiar su técnica: en lugar de hipnotizar a sus pacientes empezó a estimularles, a incitarles a recordar. Así empezó Freud con Miss Lucy, llamó a esta nueva técnica la *coerción asociativa*, y todo le llevó a enfrentarse a nuevos hechos que le harían modificar de nuevo sus teorías.

La coerción asociativa le confirmó a Freud que hay cosas que se olvidan cuando no se las quiere recordar, bien porque son dolorosas, feas y desagradables, contrarias a la ética, etc. Comprobó que ese olvido, podía aparecer también ante sus ojos en el tratamiento, y entonces comprobó que el paciente *no quería recordar*, que había como una fuerza que se oponía al recuerdo. Así Freud descubre la *resistencia*, el gran obstáculo del psicoanálisis. Concluyó que lo que en el momento del *trauma* condicionaba el olvido era lo que en este momento del tratamiento, condiciona la *resistencia*: era como un juego de fuerzas, un *conflicto* entre el deseo de recordar y el de olvidar. Entonces, pensó que si esto era así, no procedía ejercer la coerción, porque siempre se iba a tropezar con la resistencia. Mejor sería dejar que el paciente hablase, que hable libremente. De este modo, una nueva teoría, la *teoría de la resistencia*, le lleva a una nueva técnica, la *asociación libre*, propia del psicoanálisis, que introduce como instrumento técnico, la *regla fundamental*.

Con la asociación libre, se irán descubriendo nuevos hechos acordes con las costumbres y la moral de la época, frente a los cuales la teoría del trauma y la del recuerdo ceden poco a poco su lugar a la *teoría sexual*. El conflicto no es ya solamente recordar y olvidar, sino que también entran en juego fuerzas instintivas y fuerzas represoras.

Llegado a este punto los descubrimientos se multiplican: la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, el inconsciente con sus leyes y sus contenidos, la teoría de la transferencia, etc., etc. Y, en esta vorágine de descubrimientos aparece la *interpretación* como instrumento técnico fundamental y muy en consonancia con las nuevas hipótesis. En cuanto el fin fuese recuperar un recuerdo, ni el método catártico, ni la coerción asociativa necesitaban de la interpretación; ahora, si lo que se precisa es que el individuo pueda comprender su realidad psicológica, habrá que darle información precisa sobre sí mismo y sobre lo que le pasa, información que él sin embargo ignora. A esto se le llamaba interpretar.

Resumiendo, en la primera década del siglo XX la teoría de la resistencia se amplió en dos sentidos: de una parte se descubre lo *inconsciente* (lo resistido) con sus leyes (*condensación, desplazamiento*) y sus contenidos (*la teoría de la libido*), y surge, por otra parte, *la teoría de la transferencia*, que Freud en el Caso Dora comprende el fenómeno en toda su totalidad. Es a partir de este momento cuando la teoría empieza a incidir en la técnica e imprime su sello en los “Consejos al médico”(1912e), y “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913c), trabajos contemporáneos de “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912b).

Como vemos la teoría de la transferencia repercute de inmediato sobre la técnica y da lugar a una reformulación de *la relación analítica*, que quedará definida en términos precisos y rigurosos. El **encuadre**, como vemos, no es más que la respuesta técnica de lo que Freud había descubierto en la clínica sobre la peculiar relación del analista y su analizado. Para que la transferencia surja claramente y pueda analizarse, decía Freud en 1912, el analista debe ocupar el lugar de un espejo que sólo refleja lo que le es mostrado (hoy diríamos lo que el paciente le proyecta).

Vemos aquí expuesta, esta singular interacción entre teoría y técnica que señalamos como específica del psicoanálisis. El analista no debe mostrar nada de sí: sin dejarse envolver en las redes de la transferencia, se limitará a devolver al paciente lo que él ha colocado sobre el terso espejo de su técnica. Por eso dice Freud al estudiar el amor de transferencia, que *el análisis debe desarrollarse en abstinencia*, y esto lo sanciona con un cambio sustancial en la técnica en la segunda década del siglo XX. Si no existiera una teoría de la transferencia, no tendrían razón de ser estos consejos, del todo innecesarios en *el método catártico* o en el primitivo psicoanálisis de *la coerción asociativa*.

A medida que Freud toma conciencia de la transferencia, de su intensidad, de su complejidad y de su espontaneidad, impone un cambio radical en el **encuadre**.

Solo un largo proceso de interacción entre la práctica y la teoría llevó a que el **encuadre** se hiciera cada vez más estricto y, por consiguiente, más idóneo y confiable. Una buena formación psicoanalítica debe respetar la interacción entre la teoría y la técnica como cualidad valiosa de esta disciplina, en la que se integran armoniosamente la especulación y la praxis.

Concepto y definición de psicoterapia psicoanalítica

“La psicoterapia psicoanalítica es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente” (J. Coderch. 1990: “*Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*”, pág. 53 y s., Editorial Herder: Barcelona).

Como podemos comprobar lo esencial y común con toda psicoterapia es el hecho de que el factor curativo – o supuestamente curativo- es la *relación psicológica entre psicoterapeuta y paciente*. Sin embargo tal relación no basta por sí misma para delimitar el ámbito de la psicoterapia. Para que una *relación interpersonal* defina un proceso terapéutico es necesario que la misma se sujete a unos *postulados teóricos*, por una parte, y a unas *pautas técnicas* derivados de ellos, por otra. Por eso hemos de ampliar la anterior definición diciendo que:

“Psicoterapia es aquella relación interpersonal de ayuda que se lleva de acuerdo con reglas técnicas fundadas en una doctrina acerca de la génesis y evolución de los fenómenos psicológicos, de las formas de interrelación entre la psique de los individuos y el mundo externo que les rodea, y de las insuficiencias, desviaciones y procesos patológicos que pueden presentar los pacientes a los que se intenta ayudar” (J. Coderch, 1990).

De acuerdo con lo expuesto, según sean los postulados, hipótesis de trabajo, pautas técnicas, etc., así podrán distinguirse las diferentes variedades de psicoterapia.

Pero aún hay otro punto que es la piedra angular sobre la que descansa la psicoterapia, sean cuales sean los *fundamentos teóricos* y su *metodología*, es el concepto de **conflicto intrapsíquico**.

Lo que da sentido al concepto psicoterapia es, precisamente, la noción de *conflicto intrapsíquico*.

Si las perturbaciones emocionales fueran únicamente consecuencia directa de dificultades, presiones, eventos, etc., provenientes del mundo externo que, actuando a modo de agentes patógenos, provocaran trastornos psíquicos de mayor o menor cuantía, no podríamos hablar de psicoterapia tal como hoy lo hacemos y entendemos; a lo sumo cabría referirnos a una especie de asesoramiento o de apoyo psicológico en el que, partiendo de las capacidades de cada sujeto y los obstáculos externos con los que se hubiera de enfrentar, se le aconsejaría la mejor forma de comportamiento para resolver o superar estos.

Lo que con mayor precisión perfila y define la psicoterapia en el sentido estricto del término y la distingue y separa de las actitudes de *apoyo*, *aconsejamiento*,

orientaciones, etc., frente a las dificultades, es la noción de *conflicto intrapsíquico* que debe ser resuelto.

Por tanto, el psicoterapeuta centrará su acción sobre el *conflicto intrapsíquico*, y todo el manejo terapéutico de su relación con el paciente ha de ir dirigido a dar solución a dicho conflicto a fin de anular o contrarrestar las consecuencias nocivas que provoca en el sujeto que lo sufre. Esta es la división fundamental que se establece entre **psicoterapia psicoanalítica, o comprensiva**, y el resto de las distintas formas de psicoterapia.

Resumiendo, precisamos lo que debemos de entender como psicoterapia.

Psicoterapia es aquel tratamiento que:

- a) se efectúa sobre un sujeto que se presupone afecto de un conflicto psíquico
- b) llevado a cabo por un experto en el mismo;
- c) con la intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto.
- d) de acuerdo con una técnica previamente determinada por el psicoterapeuta según sea el método que pretende aplicarse y los objetivos a alcanzar;
- e) realizado con explícito conocimiento de ambas partes;
- f) siguiendo unas pautas de sistematización, frecuencia, duración, marco externo, etc., previamente determinadas;
- g) utilizando como único agente terapéutico la propia relación personal que se establece entre psicoterapeuta y paciente.

Resumiendo las características anteriores, podríamos decir que **psicoterapia** es *aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto intrapsíquico a través de la relación interpersonal entre la persona que lo sufre y un experto en este tipo de ayuda.*

Como es de suponer las distintas variedades o tipos de psicoterapia se diferenciarán y asemejarán entre sí según cual sea la *teoría del conflicto* sobre la que descansan, los objetivos que persiguen en relación a éste (solucionarlo, total o parcialmente, reforzar las defensas contra el mismo, ofrecer alternativas y cauces de satisfacción sustitutivos que haga disminuir la tensión de las fuerzas psíquicas enzarzadas en la lucha, etc.), y la *metodología* con la que se pretende alcanzar los objetivos.

Concluyendo, la **psicoterapia psicoanalítica (p.p.)** es aquella que está fundada, tanto en su *estructura conceptual y teórica* como en su *metodología operativa*, en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica (Esteve, J.O., 1984). Por tanto, parte del supuesto de la existencia de determinados *conflictos intrapsíquicos* que permanecen *inconscientes* para el paciente, y que el fin que con ella se pretende es el de solucionar, parcial o totalmente, dichos conflictos a través de la *relación interpersonal paciente-terapeuta*, usando como instrumento curativo *las intervenciones verbales del terapeuta* que tienden a fortalecer el yo y a permitirle

manejar adecuadamente aquellos impulsos y emociones frente a los cuales, hasta el momento, ha fracasado en la función de síntesis e integración que le es propia.

Las otras terapias cuyas técnicas se basan, en uno u otro aspecto, en las ideas y descubrimientos del psicoanálisis aun cuando no lo hagan de forma explícita, e incluso abjuren de él, se las puede considerar como *psicoterapias de apoyo*. Estas psicoterapias presentan diferencias tanto en el orden teórico como en el metodológico tan intensas con la p.p. que pueden ser consideradas como dos grupos separados. Por lo tanto, podemos considerar como *psicoterapias de apoyo* aquellas que, a través de uno u otro procedimiento, se dirigen a *reforzar las defensas contra el conflicto*, en oposición a la *psicoterapia psicoanalítica*, la cual analiza las defensas como una forma de conseguir que las fuerzas psíquicas en conflicto puedan ser puestas a disposición del yo (Gill, M. 1951).

La diferencia entre las *psicoterapias de apoyo* y la *psicoterapia psicoanalítica* puede quedar delimitada partiendo del uso de los seis instrumentos técnicos propios de la **relación terapéutica**. Los instrumentos en cuestión son: *sugestión; abreacción; aconsejamiento; confrontación; clarificación e interpretación*. Los tres primeros pertenecen claramente a las técnicas de apoyo. El cuarto es un instrumento de transición, aunque más propio de la p.p. El quinto entra de lleno en la p.p. y el sexto es exclusivamente de ella.

Otras Psicoterapias: La Psicoterapia Breve y La Psicoterapia de Objetivos Limitados

La denominación de *psicoterapia breve*, la más extendida por su utilización, es un tipo de terapia que ha surgido como respuesta al problema asistencial planteado por una masa cada vez mayor de la población consultante. Al porqué de la necesidad de una psicoterapia breve, una de las respuestas esenciales fue que las necesidades actuales de masificar la asistencia psicológica eran incompatibles con los tratamientos psicológicos individuales prolongados. A esto se unió, coincidiendo en el tiempo, otros “booms” de la psicología aplicada y operativa, tales como la Psicología Institucional, la Orientación Vocacional, la Psicopedagogía Clínica, la Psiquiatría Comunitaria, etc. Así pues, los incipientes servicios de psicopatología hospitalarios, centros de salud mental e instituciones privadas, junto a los hospitales psiquiátricos, se vieron obligados llegado un determinado momento a implementar técnicas breves e incorporar uso de los modernos psicofármacos y la psicoterapia grupal, pues los terapeutas, en cantidad insuficiente, no cubrían la demanda de los pacientes. De ahí, tal como señala H. Kesselman (1985) la proliferación, también, en el campo de la Psicología Social de una serie de tareas, como las mencionadas, agrupables bajo el nombre de Procesos Correctores de Duración y Objetivos Limitados, de los cuales la

Psicoterapia Breve es una parte. Breve, sería entonces, la psicoterapia que se contrapone a la conocida psicoterapia prolongada o ilimitada.

Se esperaba, pues, que las terapias de corto plazo, individuales y grupales, posibilitaran la extensión de la asistencia psiquiátrica, objetivo éste no compatible con el empleo de los tratamientos de larga duración. Por otro lado, las limitaciones económicas de muchos de los pacientes que acudían en busca de ayuda terapéutica fueron, y siguen aún siéndolo, un factor que venía ejerciendo una influencia decisiva en el desarrollo y difusión de estas terapias breves, las cuales eran más accesibles para las personas de pocos recursos. En cuanto a los fines terapéuticos, entonces debieron centrarse en la superación de síntomas y episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales, las cuales se mostraban como prioritarias por su urgencia y/o importancia (E. Alberto Braier, 1980).

Estos procedimientos terapéuticos fueron alcanzando, gradualmente, nuevas características, que les llevaron al problema de su denominación actual. Los diferentes nombres que iban adquiriendo las nuevas terapias revelaban los esfuerzos para precisar sus principales características, que, por otro lado, era necesario dar a conocer para que hubiese claridad sobre a qué situaciones y métodos terapéuticos se está refiriendo cada terapia.

En primer lugar fue conveniente prestar atención a la denominación, más bien genérica, de *psicoterapia breve* y de dónde su origen. Dentro de las psicoterapias de larga duración el psicoanálisis aparentaba ser la más representativa, no sólo por la prolongación de sus terapias, sino también por ser una técnica sobre la que primeramente se propuso su acortamiento. Pues, si tenemos en cuenta los antecedentes históricos del psicoanálisis, uno de ellos es que desde S. Freud en adelante, fueron varios los psicoanalistas que buscaron en el psicoanálisis la fuente de inspiración para la creación de psicoterapias de breve duración: Ferenczi, Rank, Alexander, Balint, Malan, etc. propugnaron más bien un acortamiento del psicoanálisis que el empleo de los conocimientos psicoanalíticos para el enriquecimiento de las psicoterapias breves (H. Kesselman, 1985).

Fue en el psicoanálisis, de entre las psicoterapias prolongadas donde comenzaron aplicarse en serio los procesos correctores de duración y objetivos limitados. Como señala Marie Langer (1968): “Si en los países en los cuales ahora se ejerce el análisis clásico ocurrieran cambios sociales estructurales profundos, probablemente, por la dedicación enorme que exige en el tiempo, no habría análisis como lo practicamos ahora. Pero los descubrimientos y conocimientos psicoanalíticos seguirían obrando a través de cualquier psicoterapia, psicoprofilaxis y educación, y de todo lo que tiene que ver con las relaciones humanas”.

Es decir, en principio, de lo aprendido y descubierto dentro del psicoanálisis nacieron otros procedimientos terapéuticos más *breves*. Aunque, en lo tocante a esta palabra, hay que admitir que la denominación de ***psicoterapia breve*** no era la más

adecuada: el motivo estaba en que estas terapias eran breves desde la perspectiva del psicoterapeuta quien comparaba su duración con la del psicoanálisis, pero podía no serlo para el paciente. Y, sobre todo, porque tal nominación era inapropiada cuando una psicoterapia podía llegar a tener una larga duración (uno o más años), aunque tuviese las metas limitadas y sus características técnicas fuesen las propias de estos procedimientos (focalización, planificación, etc.), las cuales los distinguían del psicoanálisis corriente u otras psicoterapias (E.A. Braier, 1980).

Son las **psicoterapias de tiempo limitado**, esas otras terapias nacidas tras la aplicación de los procesos correctores de duración y objetivos limitados, las que con su denominación hacen referencia a su temporalidad, pero que a la vez resaltan no solo la brevedad sino también el establecimiento de un límite temporal para el tratamiento, generalmente, una fecha de finalización establecida previamente. Aunque no es un hecho de cumplimiento estricto en estos tratamientos.

Cuando son los objetivos de la terapia los que quedan fijados, se recurre a otra denominación, la de **psicoterapia de objetivos limitados**, elemento destacable y que siempre se halla presente en este tipo de terapias, las cuales a su vez podrán o no ser a la vez de tiempo limitado.

En la *terapia de objetivos limitados*, las metas son más reducidas y más modestas que en la psicoterapia psicoanalítica. La limitación de objetivos está en función de necesidades más o menos inmediatas del individuo. Los objetivos suelen plantearse en términos de *superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente*.

Otra denominación utilizada dentro del tipo de terapias que estamos citando es la de **psicoterapia breve de orientación psicoanalítica**, la cual se trata de una terapia basada en las teorías del psicoanálisis sin dejar de ser una psicoterapia de objetivos limitados, básicamente *interpretativa* o de *insight*, y con cuyo nombre pretende establecer una diferencia con respecto a otros tratamientos breves inspirados en otras orientaciones terapéuticas (las terapias conductistas, análisis transaccional, cognitivistas, etc.).

La psicoterapia individual breve psicoanalíticamente orientada.

Ante la perspectiva de tener que comparar la Terapia de Interacción Recíproca en esa fase fundamental que es el **encuadre** con la técnica psicoanalítica, se optó por hacerlo con una técnica breve y de objetivos limitados, tal como se pretende sea la TIR, y cuyo marco conceptual sean las teorías del psicoanálisis, es decir, sin que tal técnica tenga que prescindir, por ello, de teorías tan valiosas como la del *inconsciente*, el *conflicto psíquico*, la *sobredeterminación*, los *mecanismos*

defensivos, la génesis de los sueños, las series complementarias, la estructura del aparato psíquico, la transferencia, las resistencias y otras que permitan comprender la problemática del paciente y del proceso terapéutico. Es decir un esquema referencial fundamentalmente freudiano, sin dejar de admitir por parte del terapeuta el recurso a conceptos propios de otras escuelas (inglesa o americana) de considerarlo necesario, o sea, algo apropiado para alguien con una forma de pensar sobre la validez de acudir a otros modelos teóricos que puedan serle útiles a la hora de comprender distintos fenómenos o pacientes.

Para definir los elementos de esta técnica individual breve y psicoanalíticamente orientada haremos un somero repaso por el tratamiento psicoanalítico, de tal manera que se irán exponiendo los puntos coincidentes y diferencias de ambas técnicas. En principio prestaremos atención a tres aspectos fundamentales: 1) los *finés terapéuticos*, 2) la *temporalidad* y 3) la *técnica*.

Los fines terapéuticos

El psicoanálisis tiene como meta esencial el *hacer consciente lo inconsciente*. Esta finalidad no acaba ahí, para lograr el efecto terapéutico que se pretende, tal experiencia clínica va acompañada de una *reconstrucción o reestructuración de la personalidad* del paciente, la cual involucra la *detección y resolución de conflictos básicos* y sus *derivados* por medio de la *elaboración* y en busca del bienestar del individuo, haciendo desaparecer los síntomas o atenuar sus efectos.

En la **psicoterapia breve de objetivos limitados** (P.I.B.O.L.), como su nombre indica, las metas son menos pretenciosas, todo ello va en función de las necesidades del paciente y su inmediatez. En principio, los objetivos se determinan en términos de *superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente*, lo que promueve a conseguir que el individuo pueda enfrentarse de modo aceptable a la situación de conflicto y recuperar su capacidad adaptativa en el medio en el que se desenvuelve, de modo que pueda adoptar decisiones adecuadas cuando sea necesario.

Dar solución a los problemas inmediatos y aliviar los síntomas requiere, psicodinámicamente hablando, conseguir una dosis de *insight* de parte del paciente en torno a los conflictos subyacentes (esto supone que en determinados casos se hagan conscientes aspectos del inconsciente que no son objetivo de exploración, dado que la meta en sí no es la exploración del inconsciente). Pues, la labor terapéutica es más la de clarificar y resolver, pero de un modo parcial, la patología del paciente.

Esto a veces se limita a que el paciente elabore de forma breve un aspecto concreto de la psicopatología, esto es, conseguir que el paciente tome conciencia de aspectos del conflicto de un modo parcial, lo cual permitiría tener posibilidad de resultados terapéuticos de alcance mayor que si planteásemos como metas las relacionadas a la remisión de un determinado síntoma o a la resolución de una situación crítica. Esto nos viene a decir que a la hora de formular los objetivos terapéuticos limitados, el

terapeuta debe tener en cuenta que, en un sentido psicodinámico, ha de hacer la reformulación sobre un aspecto concreto que los abarque, y así poder explicar posteriores cambios del paciente en lo que concierne a problemas de otras áreas de su vida, y que incluso sin llegar a ser tratados explícitamente durante la terapia, sí están asociados en cierto modo con las perturbaciones que han sido objeto de nuestra intervención terapéutica.

Como hemos visto los objetivos terapéuticos, no son en realidad tan limitados en un tipo de terapia breve donde predomina la *interpretación*. Tal impresión aumenta si tenemos en cuenta que dicha terapia suele incluir la presencia de otras metas tan valiosas como son la *recuperación de la autoestima* y la *adquisición de conciencia de enfermedad*.

Todo lo dicho no impide se le brinde otra ayuda al paciente en lo que a las situaciones perturbadoras se refiere, aliviando su ansiedad por medio de psicofármacos o interviniendo con apoyos como la asistencia social, etc.

La temporalidad

En tanto que en un tratamiento psicoanalítico la duración no está determinada de antemano y se prolonga durante años, en las llamadas *terapias breves* suele fijarse previamente y ser más corta, de unos meses generalmente. Estas circunstancias, que dan nombre a *las terapias de tiempo limitado*, configuran un rasgo distintivo como, según Stekel, la incidencia que en el proceso terapéutico pueda tener la limitación temporal establecida previamente, o sea, que sería un estímulo para el progreso de la terapia. Por lo pronto, cuando se fija un plazo de terminación, éste crea una situación muy diferente a la psicoanalítica, gravitando de modo decisivo en los distintos aspectos del **vínculo terapéutico**, especialmente en la finalización del tratamiento. Pero, por encima de todo, debe tenerse en cuenta que *la limitación temporal* confiere a la terapia una estructura más definida de “principio, medio y fin”, introduciendo en la relación paciente-terapeuta, un nuevo *elemento de realidad*, que desalienta en el paciente la producción de *fantasías regresivas omnipotentes de unión permanente con el terapeuta*. Estas fantasías se manejan más fácilmente en el contexto del tratamiento psicoanalítico que en el de la *terapia breve* que nos ocupa.

La técnica

El método breve es muy diferente técnicamente del psicoanálisis corriente. Poco a poco se ha configurado una teoría del tratamiento con una actitud particular ante los distintos fenómenos psicoterapéuticos. A continuación pasamos a ver los siguientes puntos:

a) La labor con los conflictos

En lo que respecta al abordaje de los conflictos psíquicos del paciente, se establecen claras diferencias entre una *terapia de objetivos limitados* y un tratamiento psicoanalítico.

La investigación psicoanalítica nos demuestra que las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles, de los que en realidad derivan. Estos conflictos infantiles se producen en su relación con los objetos primarios del sujeto, siendo de naturaleza edípica o preedípica. Durante el tratamiento analítico el paciente revive dichos conflictos (en el seno de la relación transferencial con el terapeuta), que son profundamente analizados, a fin de lograr su *resolución* (y la de sus derivados) por medio del *trabajo elaborativo* (elaboración de los conflictos).

En la *psicoterapia breve* (P.B.) orientada hacia el *insight* hay, como primer elemento distintivo destacable, una *elección de los conflictos* (derivados) *a tratar*, ésta recaerá en los de mayor urgencia y/o importancia, o sea, aquellos que subyacen *al problema actual motivo del tratamiento* (el foco). Lo habitual es que la labor terapéutica se circunscriba *a priori* a encarar esos derivados del posible conflicto infantil, sin ahondar mayormente en éste, evitando que se produzca una excesiva movilización de afectos y, sobre todo, que se favorezca la *regresión* en el paciente. El terapeuta se centra principalmente en los factores determinantes actuales de esos conflictos subyacentes focales; esto le bastará a menudo para lograr buenos resultados terapéuticos y, principalmente, para lograr los objetivos propuestos.

En casos de excepción se hace *necesario* enfrentar al paciente con el conflicto original. Esto ocurre cuando, ya al comienzo o, más frecuentemente, en el transcurso del tratamiento, se tiene la impresión de que de otro modo no se obtendrán los progresos que se esperan, y/o cuando los aspectos de ese conflicto básico se hallan muy a la superficie psíquica del paciente. En ocasiones es el paciente mismo, si tiene cierta capacidad de *insight*, quien trae a colación el conflicto infantil, relacionándolo con sus situación conflictiva. En estas circunstancias el terapeuta puede emprender una “labor interpretativa cautelosa” de *ciertos componentes* del conflicto básico, en especial de los que estén inmediatamente vinculados a la problemática focal y sean relevantes para lograr la clarificación y superación del problema.

Otro problema que a menudo se plantea es saber hasta *dónde* se puede profundizar mediante las *interpretaciones* con el fin de llegar a los objetivos terapéuticos propuestos, lo que habrá de evaluarse para cada caso particular.

Si se trata de una psicoterapia de breve duración, el terapeuta suele sentirse apremiado por el tiempo, por lo que debe evitar, sobre todo, caer en *interpretaciones* prematuras acerca de los conflictos infantiles.

Como puede apreciarse en la P.B., y a diferencia de lo que se realiza en el psicoanálisis, se lleva a cabo una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, aquellos que han sido escogidos, y que a su vez se abordan de un modo

parcial. Se trata de una *resolución parcial o incompleta* consistente en producir ciertos cambios dinámicos en los conflictos, muchas veces suficientes para lograr beneficios terapéuticos nada desdeñables.

b) Regresión. Dependencia. Transferencia. Neurosis de Transferencia

Los fenómenos regresivos, de dependencia, transferenciales y neuróticotransferenciales se hallan íntimamente relacionados en el tratamiento psicoanalítico.

La *regresión* puede entenderse como el proceso por el cual cobran vigencia estados o modos de funcionamiento psíquico pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo del individuo. De su tres clases: *tópica*, *temporal* y *formal*, según los contextos -enfermedad mental, la transferencia con el terapeuta, los sueños- aquí nos referiremos a la temporal o *transferencia con el terapeuta*.

En el *proceso analítico* se trata de favorecer por diversos medios (posición acostada del paciente, libre asociación, silencio del analista, frecuencia de sesiones, etc.) una regresión vivencial *útil*, lo cual es un medio esencial de lograr el fin terapéutico. Con la regresión se reviven conflictos originales infantiles del analizado en su relación con el analista (*neurosis de transferencia*) y la elaboración consiguiente. Esto implica que la regresión operada produce un incremento de la *dependencia del analizado respecto al analista*, quien suele representar, básicamente, a figuras parentales. Lo que se espera es que el proceso regresivo se revierta a lo largo del proceso terapéutico, y de lugar a un crecimiento psicológico paulatino del paciente haciéndole asumir una conducta más adulta en la vida.

Es por eso que para comprender las diversas peculiaridades del **vínculo** terapéutico en terapias breves de *insight*, es preciso tener en cuenta los conceptos *transferencia* y *neurosis de transferencia*.

La *transferencia* es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con esos objetos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica (Laplanche y Pontalis). Y agregan: “*Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad*”.

En cuanto a la *neurosis de transferencia*, diremos que es la reproducción de la neurosis infantil en la relación con el analista. Presupone la reedición, selectiva, de *determinadas situaciones y mecanismos infantiles en la relación terapéutica*, es decir, consiste en una “neurosis artificial en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia”. Laplanche y Pontalis sobre la base de los escritos de Freud, establecen la diferencia entre las *reacciones de transferencia* y la *neurosis de transferencia propiamente dicha*. French hace referencia a esta neurosis transferenceal como a una “*masa de pautas de conductas neuróticas estereotipadas* puestas de manifiesto en la situación analítica”.

La *transferencia* considerada inicialmente por Freud como un obstáculo en el tratamiento psicoanalítico, pasa a ser, tanto para él como para la mayor parte de los

psicoanalistas, decisiva para la cura hasta convertirse su análisis en la tarea central. Es por eso conveniente permitir -e incluso promover- durante la terapia el desarrollo de la *neurosis transferencial*, cuya resolución por medio de la **elaboración** será fundamental si se aspira a conseguir la curación del paciente. Es por ello muy oportuno recordar la definición que da Rangell del psicoanálisis como método terapéutico: “El psicoanálisis es un método de terapia *por el cual* se establecen condiciones favorables para el desarrollo de una neurosis de transferencia, en la que el pasado se restaura en el presente *con el propósito de que*, mediante un ataque interpretativo sistemático a las resistencias que se oponen a ello, se llegue a una resolución de esa neurosis (transferencial e infantil) *con el fin* de provocar cambios estructurales en el aparato mental del paciente para que éste sea capaz de una adaptación óptima a la vida”. Estas condiciones indispensables distinguen cualitativamente al psicoanálisis de sus diversos derivados.

En la Psicoterapia Breve de *insight*, en cambio, no es conveniente favorecer el desarrollo de la *regresión* ni el de una *neurosis transferencial*. Los mecanismos terapéuticos no se sustentan en el desarrollo, análisis y resolución de la *neurosis transferencial*, dado que las condiciones del paciente y/o del **encuadre** no son aptas para tales fines; por otra parte, los objetivos terapéuticos no están dirigidos a reestructurar la personalidad ni a resolver conflictos básicos del individuo, sino a mitigar algunos padecimientos actuales, por tanto no sería coherente que el *insight* de aspectos de la relación *transferencial-neurótica*, *regresivo-dependiente*, continúe siendo el resorte terapéutico fundamental en este nuevo contexto. Lo que ahora cobra importancia es la búsqueda de *insight* del paciente en torno a las situaciones conflictivas actuales de su vida cotidiana (que son las que habitualmente dan origen a la consulta), para lo cual *la labor interpretativa* recae más sobre sus relaciones con los objetos de su realidad externa que en la relación con el terapeuta.

Por todo ello, es interesante la adopción de algunas medidas técnicas que impidan que la transferencia alcance demasiada intensidad y llegue a cubrir y a dominar la situación terapéutica hasta configurar una neurosis de transferencia. La terapia debe sustentarse en el predominio de una transferencia positiva sublimada. El tratamiento, más que fomentar la dependencia del paciente, debe propender a la estimulación y afianzamiento de su iniciativa personal, es decir, de sus capacidades autónomas. Estos criterios aquí presentados deben definir las características de la *relación paciente-terapeuta* en la psicoterapia breve.

c) El problema de la resistencia

En el tratamiento psicoanalítico llamamos *resistencia* a los diversos obstáculos que el analizado opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y a su curación.

Freud (1925) distinguió cinco formas de resistencia. Tres de ellas son *resistencias del yo* y son: las resistencias de la *represión*, las de la *transferencia* y las del *beneficio secundario de la enfermedad*. Las otras son las *resistencias del ello*, llamadas también *resistencias del inconsciente*, y las *resistencias del superyó*.

Analizar las resistencias es una parte imprescindible de todo tratamiento psicoanalítico.

En una terapia breve interpretativa, también surgen *resistencias* en el paciente, que pueden considerarse obstáculos que este interpone al avance de la terapia, específicamente del *insight*.

La limitación temporal impone que en la P.B. el análisis de las resistencias no sea tan intensivo como en el psicoanálisis.

El tratamiento de las resistencias de los *mecanismos defensivos del yo* en P. B. suele presentar las siguientes características:

a) algunas defensas son combatidas, es decir, analizadas.

b) otras en cambio son respetadas o aun reforzadas por la labor terapéutica, según el caso, y sobre la base de las condiciones del paciente y el **encuadre**.

Como ejemplo de lo mencionado, decimos:

- En el caso a) se trabajarán las defensas maníacas (negación, omnipotencia, megalomanía, etc.) peligrosamente incrementadas o, lo que es más corriente, tendremos que atacar parcialmente las barreras represivas de contenidos inherentes al padecimiento actual, así como también a mecanismos de aislamiento, intelectualización, proyección, etc.
- Respecto a lo expresado en b) optaremos por no perturbar mecanismos defensivos caracteriológicos, permitiendo que el paciente los conserve, ya sea porque queremos evitar una movilización afectiva excesiva y difícil de manejar, o bien porque se trata de defensas relativamente útiles que incluso -aunque fuese ocasionalmente- podría ser conveniente reforzar.

En cuanto a la *resistencia de transferencia* en P.B., en las terapias de este tipo, al menos, tal resistencia no es muy intensa, y ello es debido a que esta forma de resistencia obedece en parte al resentimiento despertado en el paciente por sentirse frustrado en su relación transferencial con el terapeuta, *resistencia de la frustración o de la venganza*. En tanto en cuanto la *relación terapéutica* es en P.B. menos frustrante para el paciente, ya que existe un **vínculo** más “real” y una mayor proximidad afectiva de parte del terapeuta, la hostilidad que despierta en aquél suele ser consecuentemente menor que en el tratamiento psicoanalítico, y por esta razón, las resistencias transferenciales también son menores. El terapeuta se esforzará siempre para que esto se logre, procurando que predomine una *transferencia positiva*.

d) Insight y Elaboración

Por *insight* entendemos según L. Grinberg “la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica”. Tal conocimiento presupone una *participación afectiva*: no se trata simplemente de comprender en un sentido intelectual, sino también el poder experimentar emocionalmente el contacto con los aspectos inconscientes de uno mismo.

La *elaboración o trabajo elaborativo* puede entenderse como “el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente, a través de un lapso de tiempo prolongado, las connotaciones totales de alguna *interpretación o insight*”.

Insight y elaboración en el tratamiento analítico son de gran importancia. Las interpretaciones del analista, su instrumento terapéutico, tienen por finalidad promover el *insight* de los conflictos en el paciente, aunque Freud lo expresara diciendo hacer *consciente lo inconsciente*. La *elaboración*, como labor de profundización del paciente, trae aparejado el que éste asimile las interpretaciones correctas del analista, condición esencial del éxito terapéutico.

En relación con la elaboración cabe tener en cuenta que:

- a) Requiere dos factores elementales: tiempo (causa por la cual se alarga el tratamiento psicoanalítico) y trabajo (labor analítica).
- b) En su desarrollo interviene la regresión del paciente.
- c) Incluye tareas como superar las resistencias y el análisis exhaustivo de los conflictos, en donde tiene especial importancia lo que transcurre dentro del marco de la *neurosis transferencial*.

En la Psicoterapia Breve psicoanalíticamente orientada la existencia del *insight* y la *elaboración* presenta numerosos puntos oscuros.

Propiciar la adquisición de *insight* en el paciente por medio de las interpretaciones de los psicodinamismos relacionados con el trastorno actual, motivo de tratamiento, debe constituir el propósito principal en la terapia breve, siempre que las condiciones del paciente lo permitan. La búsqueda del *insight* en el tratamiento breve es preconizada por numerosos autores, pero la técnica breve demanda peculiares restricciones para el *insight* del paciente, que es necesario señalar:

- Respecto de su *extensión*, dadas las limitaciones del **encuadre** -y sobre todo cuando se trata de una terapia de corta duración- solo tenemos la alternativa de proporcionar lo que se conoce por *experiencias iniciales de insight*, un conocimiento limitado a dificultades comprendidas habitualmente dentro del foco terapéutico, concretamente de las más gravitantes y accesibles a la comprensión psicológica del paciente dentro de este **encuadre**. En suma en una terapia de objetivos -y eventualmente tiempo-limitados también el *insight* estará limitado en su extensión.

- En cuanto a su *tipo y profundidad*, sabemos que mientras el *insight* psicoanalítico tiene lugar en el seno de una atmósfera regresiva que lo favorece y depende de la actividad interpretativa, en la P.B. la búsqueda de *insight* está dirigida con más frecuencia hacia las relaciones del sujeto con *los objetos externos de su vida cotidiana y presente*, aunque no desecha los fenómenos de transferencia más notorios, que obran como obstáculo (resistencias transferenciales) y/o ilustran acerca de la problemática del paciente.

En cuanto al problema de la *elaboración* en la terapia dinámica breve, Bellak y

Small citan como principios generales de la “psicoterapia rápida” la comunicación, el *insight* (del terapeuta y del paciente) y la elaboración.

Como en P.B. no se estimula el desarrollo de la regresión ni el de la neurosis transferencial y no se realiza un análisis intensivo de ésta ni de otras resistencias, se puede decir que en P.B. no se puede hablar de elaboración tal como se entiende en psicoanálisis. El trabajo real de elaboración será escaso, máxime si el tiempo es limitado, factor éste fundamental para que la elaboración tenga lugar. Sin embargo, existe un proceso distinto del de la elaboración analítica, sin la profunda reestructuración que ella implica y básicamente circunscrito a la conflictiva focal. Una especie de “autoelaboración”, un proceso de *cambio* imperfecto o incompleto, que en circunstancias de un tratamiento limitado en su duración, él también lo estará, pero que en *algunos* pacientes con suficientes capacidades yoicas podría quizá continuar aun después de concluido el tratamiento breve. Los mecanismos íntimos de este fenómeno resultan difíciles de precisar.

Resumiendo se puede decir que en una terapia de *objetivos y tiempo limitados* tal vez sea necesario llegar a la conclusión de que el *insight* y la *elaboración* han de ser en buena medida estimulados, es decir, facilitados y agilizados mediante el *papel activo* del terapeuta, dadas las condiciones de focalización y de corta duración del tratamiento.

e) Fortalecimiento y activación de funciones yoicas

En el tratamiento psicoanalítico la adquisición de *insight* por parte del paciente a través de las interpretaciones del terapeuta es la forma más apreciada de lograr el fortalecimiento de su yo, pero deben tenerse en cuenta la existencia de otras formas dentro de las psicoterapias breves que no son incompatibles con la búsqueda del *insight*.

Muchas de las medidas terapéuticas destinadas al afianzamiento y activación de las funciones yoicas se engloban dentro de la denominación genérica de psicoterapia de *apoyo*. Denominación que entraña el riesgo de que los terapeutas sin otra consideración desechen tales medidas, ya que en los círculos psicoanalíticos el término *apoyo* está cargado de un sentido peyorativo por cuanto suele implicar, básicamente, el fomento y utilización de una relación regresivo-dependiente no analizada, por ende no progresiva, y sin que intente poner en contacto al paciente con las motivaciones profundas de su padecimiento. Por lo tanto, es necesario establecer algunas distinciones:

- . Comenzamos por reconocer, también en P.B., la necesidad de utilizar a veces de modo exclusivo, cuando no hay otra alternativa mejor, técnicas de apoyo emocional; es el caso de pacientes que por sus debilidades yoicas no son aptos para tolerar una terapia interpretativa y en los que lo único que se procura obtener es una supresión sintomática.

- . Muchos pacientes necesitan tener la experiencia de sentir que “están en lo cierto”, necesitan la experiencia de sentir que se reconozcan y respeten sus funciones yoicas y

sus relaciones objetales adecuadas. Hay que atribuir importancia a estos conceptos en el campo de las terapias breves, de las que el paciente ha de emerger reconfortado y reafirmado en sus capacidades yoicas y recuperando su facultad resolutive en las situaciones de conflicto. Si parte de nuestra meta terapéutica consiste en aumentar las funciones yoicas sanas del paciente y su capacidad para las relaciones objetales, es importante confirmar aquellos aspectos de su conducta que indican un funcionamiento sano.

. Por lo tanto, en este tipo de terapias como es la P.B., la actividad del terapeuta se orienta hacia la estimulación de las capacidades autónomas del paciente, señalando en éste sus rendimientos yoicos adecuados, en lugar de promover una relación dependiente.

. Las psicoterapias dinámicas, incluidas las de objetivos y tiempo limitados, son en su mayoría el resultado de una reunión de elementos, reforzadores y estimuladores de determinadas funciones del yo. Por eso es menester que dichas psicoterapias se traduzcan en una combinación ante todo coherente de intervenciones, y deberán fundarse en una adecuada comprensión psicodinámica del proceso terapéutico.

Diremos, pues, que las terapias breves son en su enfoque y en la práctica con mucha más frecuencia “mixtas”, en vez de ser puramente interpretativas, o reforzadoras del yo-no, o aun exclusivamente de apoyo en el sentido antes descrito, siendo esta naturaleza “mixta” una característica relevante de dichas terapias (podremos, sí, hablar de tratamientos breves *predominantemente de insight* y de tratamientos breves *predominantemente de reforzamiento o apuntalamiento yoico*, según para el lado al cual se incline la balanza en cada caso).

f) Focalización

La labor terapéutica en P. B., está “enfocada” hacia una problemática determinada del paciente, que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia, en tanto se dejan de lado las demás dificultades. Esto es una característica sustancial de este tipo de terapia, también llamada por ello *focal* y que la distingue de la técnica psicoanalítica corriente, la cual no opera con un modelo conceptual de *foco*.

g) Multiplicidad de recursos terapéuticos

Otro aspecto a destacar en la P.B. es que con frecuencia requiere el agregado de diversos recursos terapéuticos, lo cual la aleja aun más del **encuadre** y los cánones psicoanalíticos.

Todo recurso que haya sido útil en el campo de la terapéutica psiquiátrica podrá incorporarse eventualmente al tratamiento, en virtud de la necesidad de alcanzar los objetivos terapéuticos; así, además de los distintos tipos de intervenciones verbales no interpretativas (señalamientos, sugerencias, suministro de información, intervenciones de reaseguramiento, etc.), podrán añadirse a la psicoterapia individual otros ele-

mentos tales como psicodrogas, técnicas grupales, comunitarias, etc., así como la participación de otros profesionales de la salud mental (psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, etc.), en una tarea efectuada en equipo.

h) Planificación

Es otro rasgo de la P.B. que la distingue del psicoanálisis. Junto a las metas y a la duración del tratamiento se fijan las pautas fundamentales del proceso terapéutico, que comprende *un plan de tratamiento* previo al desarrollo del mismo y que llega a cubrir hasta la *etapa final de evaluación de resultados*.

i) Otros conceptos de especial aplicación en la P. B.

1) La situación-problema . *Se trata de una situación que se hace presente en la vida del individuo frente a la cual y a causa de su acción descompensadora surge o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculos para alcanzar un desenvolvimiento y desarrollo adecuados. La situación-problema puede ser provocada por sucesos que son hechos manifiestos y objetivables (un embarazo, un accidente, un examen, la pérdida de un ser querido, etc.). con relación a éstos y como consecuencia de una falta de resolución favorable, aparecen en el sujeto inhibiciones y síntomas diversos (ansiedad, miedo, depresión, trastornos corporales, etc.) que suelen constituir el motivo (manifiesto) de consulta y que podrán o no ser conectados por el paciente -y el terapeuta- con las situaciones-problema que en realidad los provocan.*

2) El foco. Es el elemento más característico y distintivo de la P.B. Focalizar es concentrar la labor terapéutica en determinado síntoma, problemática o sector de la psicopatología del paciente. Fue Malan junto a Balint, quien se ocupó del foco terapéutico y promovió la terapia “focal”. Al centralizar la tarea, la focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración limitada. Pero no solo es justificada la focalización por la limitación temporal: *la técnica focal también es adecuada en aquellos pacientes que pueden realizar psicoterapias sin plazo fijo de terminación e incluso prolongadas, en las cuales, por diversos motivos el tratamiento psicoanalítico está contraindicado*. El terapeuta puede circunscribirse entonces a ciertos problemas del paciente realizando un abordaje interpretativo sectorial y respetar el resto de su organización patológica y de las áreas de su vida.

Trabajar con una técnica de “enfoque” implica entre otras cosas:

- a) Mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos prioritarios.
- b) Planificar el tratamiento.
- c) Combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta.
- d) Contrarrestar el desarrollo de la neurosis de transferencia (hay una constante orientación hacia la realidad y lo actual del paciente).

Con todo, la noción de foco es todavía, sumamente ambigua y se confunde con la situación de crisis (situación-problema), los síntomas que motivan la consulta, los puntos de urgencia, las metas del tratamiento, etc. es evidente que no resulta sencillo encontrar una definición que exprese en forma plena la naturaleza y significado del *foco*. La que formuló Malan diciendo: “es la interpretación esencial sobre la cual se funda toda la terapia”, tampoco es muy aclaratoria, ya que al revestir un carácter técnico, no explica en que consiste o cómo está constituido el foco.

El *foco* debe concebirse desde una perspectiva psicopatológica. En este sentido *ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento (una determinada situación-problema y las manifestaciones sintomatológicas a ésta ligadas), constituyendo a la vez una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha problemática, o sea de la compleja interacción entre los factores.*

El modelo de Fiorini es de gran utilidad práctica. Sobre la *estructura del foco*, en la práctica terapéutica que propone, dice que todo foco tiene un *eje central* que generalmente está dado por el *motivo de consulta* (síntomas, situación de crisis, etc.). Y, subyacente y ligado al *motivo de consulta* hay un *conflicto nuclear* exacerbado, el que se inserta en una *situación grupal específica*. Estos tres aspectos “*de una situación que condensa un conjunto de determinaciones*” y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes: *aspectos caracteriológicos del paciente, aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivos*, así como una zona que concierne al *momento evolutivo* individual y grupal, y otra de *determinantes del contexto* social más amplio, con la que también se vinculan todos los componentes citados. Estos componentes se encuentran actualizados y totalizados por la situación.

Sintetizando, el *foco*, organizado siempre en torno a una situación-problema y a los síntomas provenientes de ésta, reconoce en su conformación una *conflictiva subyacente* más o menos amplia y compleja a la que podemos llamar *conflictiva focal*, con un posible *conflicto infantil y primario*, edípico o preedípico, al que se remite en última instancia dicha conflictiva y que viene a constituir el nudo de la estructura focal. La *conflictiva focal* puede estar representada por conflictos *derivados* que encuentran su expresión en el medio, laboral por ejemplo, en el que el paciente repite aspectos de sus relaciones familiares (en especial con el/la representante del objeto familiar) y que se han originado a partir de un *conflicto primario* habido con la figura materna, enraizado en fijaciones edípicas y preedípicas a la misma.

En cuanto a la *elección* por parte del terapeuta de una situación-problema y del foco consiguiente para su abordaje preferencial en un tratamiento breve depende, entre varios factores, de sus criterios personales y experiencia previa. Estos gravitarán

en sus impresiones a cerca de la patología del paciente, sobre todo en lo que atañe a la determinación de aquellas perturbaciones a las que otorgará prevalencia y que podrán ser tratadas con posibilidades de éxito terapéutico en las condiciones con que cuente para llevar adelante el tratamiento.

3) La hipótesis psicodinámica inicial, también llamada *hipótesis psicodinámica mínima, formulación psicodinámica, o formulación psicodinámica temprana*, puede entenderse como *un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones de aquél que nos eran conocidas (entre las que destacan las correspondientes al foco) y que se constituye a partir de los datos que aportan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico*.

La concepción de esta hipótesis está regida por las teorías psicoanalíticas (determinismo psíquico, sobredeterminación, series complementarias, etc.), y tiene carácter provisional pues es susceptible de ser ampliada o rectificada sobre la base de los hallazgos obtenidos durante el tratamiento.

Mientras que la estructura del foco se organiza reducida y exclusivamente en torno a una determinada situación-problema de la vida actual del paciente y atendiendo sólo a ciertos sectores de su psicopatología, la hipótesis psicodinámica inicial engloba incluso a la *hipótesis focal*. Mientras que el foco apunta *al campo de las situaciones sobre las que se deberá obrar terapéuticamente intentando modificaciones y resoluciones*, La hipótesis psicodinámica inicial alude a esto y además a los restantes conflictos -extrafocales- del paciente, o sea a otros conflictos que no intentaremos modificar.

Resultados y mecanismos terapéuticos

La experiencia ha demostrado que con el método breve (P.B.) es posible obtener efectos terapéuticos altamente beneficiosos y perdurables.

Los resultados positivos abarcan desde el mero alivio o eliminación de la ansiedad y otros síntomas, hasta modificaciones en la estructura de la personalidad.

Entre los *resultados favorables* que se registran podemos mencionar:

1. El alivio o supresión sintomática.
2. Cambios en relación con perturbaciones propias de la situación-problema (superación de inhibiciones, desenvolvimiento más adecuado y eficaz, adquisición o recuperación de capacidad resolutive).
3. Adquisición de conciencia de enfermedad psíquica.
4. Elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima.
5. Otras modificaciones favorables (referentes a dificultades en diversas áreas de la vida del sujeto, tales como sexualidad, relaciones familiares, amistosas o laborales, estudios, etc., que no fueron mayormente abordadas de manera directa durante la psicoterapia).

6. Consideración de proyectos para el futuro (esbozo de planes respecto de diferentes actividades de la experiencia vital del sujeto).
7. Modificación en la estructura de personalidad.

La P. B. puede, también, resultar *absolutamente ineficaz*, sobre todo cuando se trata de pacientes cuya patología es grave.

La situación analítica

En todo tipo de tratamiento, particularmente en el tratamiento psicoanalítico, hemos de distinguir dos componentes esenciales el *proceso* y la *situación*. Veamos que quiere decir cada uno de estos términos. La palabra “situación” quiere decir acción y efecto de situar, y “situar”, del latín *situs*, es poner a una persona o cosa en determinado lugar. De esta forma podemos decir que cuando hablamos de *situación analítica* en términos ordinarios lo que queremos decir es que el tratamiento analítico tiene un sitio, un lugar. Igualmente, podemos decir en términos muy generales que el análisis (o la cura) tiene un “lugar” en la situación analítica. En general, por *situación analítica* podemos entender como el sitio en que se desarrolla el tratamiento en cuanto relación entre dos personas que asumen papeles definidos para realizar una determinada tarea. Pero, desde un punto de vista más estricto y dependiendo del tipo de autor, la situación analítica cambia. Así para los esposos Baranger la situación analítica es un campo dinámico donde surge una fantasía compartida, mientras que para Zetzel la situación analítica es lo estable, lo que forma la alianza terapéutica y se contrapone a la neurosis de transferencia, y, para Grunberger la situación analítica es el remanso narcisista que motoriza el proceso.

Lo que afirman los Baranger es que la situación analítica debe definirse como un campo donde opera una fantasía de pareja, una fantasía compartida entre el analista y el analizado, que se vehiculiza por un proceso mutuo de identificación proyectiva. Cuando analista y analizado toman conciencia de la fantasía que comparten, surge el *insight* en el campo. Esta exposición ha sido criticada y posteriormente modificada por sus autores en algunos de sus puntos de vista.

Vimos que Zetzel defiende que entre *situación* y *proceso* se da la misma relación que entre *alianza terapéutica* y *neurosis de transferencia*, reduciendo cuatro conceptos a dos, por todo lo cual ha sido criticada al recordar que esta teoría postula que *el análisis consiste en que la neurosis de transferencia se vaya convirtiendo gradualmente en alianza terapéutica*, y esto vendría a significar que el proceso analítico se convierta en situación analítica, lo que es inconsistente. Así, y puesto que se postula *la alianza terapéutica* como requisito para que se ponga en marcha el proceso de regresión que condiciona la neurosis de transferencia, tendríamos que concluir que la alianza terapéutica es causa y consecuencia de la neurosis de transferencia.

La teoría de Grunberger es la más consistente y de mayor coherencia interna, si bien no se puede separar de la original concepción del *narcisismo*. Su punto de partida es que la *situación analítica* debe separarse de la transferencia que recorre el proceso analítico en toda su extensión. La fórmula que propone, tras separar la *transferencia analítica* de lo que es el *rapport analítico*, es analizar la transferencia, esto es la resistencia, y dejar que el *rapport* opere por su cuenta. Esta diferencia supone, que la transferencia quede definida como una relación de objeto, mientras que el *rapport* se ubica en el campo del narcisismo. De esta forma, el papel del analista como espejo cobra un nuevo sentido. El analista debe constituirse estrictamente en el áter ego del paciente, espejo cuya única función es la de dejar que el paciente se vea allí reflejado. Para cumplir con esta misión, el analista debe ser sólo una función, sin soporte material, invisible y siempre detrás del analizado, pues de otra manera expulsaría al analizado de la posición narcisista que le es propia. En la situación analítica el analizado está sólo, sin estarlo totalmente, ya que la situación analítica contiene virtualmente la relación de objeto, la cual se irá estableciendo gradualmente.

El analizado es para Grunberger un Narciso contemplándose en el agua, que tiene atrás al analista como su ninfa Eco.

Otros autores como Bleger y Zac, proponen que la situación analítica se defina a partir del proceso. Bleger (1967) establece que *el proceso psicoanalítico*, como todo proceso, necesita de un *no-proceso* que le permita realizarse y dice que esa parte fija o estable es el *encuadre* (setting). El **encuadre** queda ahora definido como un *conjunto de constantes gracias a las cuales puede tener lugar el proceso psicoanalítico*. A partir de estas definiciones de Bleger se comprenden mejor las objeciones a la propuesta de Zetzel de homologar la situación analítica a la alianza terapéutica definida como estable, en cuanto así se la confunde con el encuadre.

Joel Zac (1971) siguiendo la línea de pensamiento que inició Bleger, estudia esas *constantes* del psicoanálisis y las define como factores variables que Freud estableció (o fijó) de acuerdo con ciertas hipótesis previas. A partir de observaciones empíricas impecablemente registradas y de ciertas generalizaciones que nacen de esas mismas observaciones, Freud llegó a concebir cómo tenía que desarrollarse el tratamiento psicoanalítico, estableciendo así las hipótesis definitorias del psicoanálisis, o sea los postulados sin los cuales el psicoanálisis no se puede dar, y fuera de los cuales el psicoanálisis nunca podría ser lo que es. De estas hipótesis derivan las normas que constituyen el encuadre y sin las cuales el tratamiento psicoanalítico no tiene “lugar”. La idea directriz de Freud al fijar las constantes del encuadre es sentar las condiciones más favorables para el desarrollo de la cura. De esta forma, el **encuadre** consiste en un conjunto de normas o estipulaciones que aseguran el mínimo de interferencias a la tarea analítica, a la par que ofrecen el máximo de información al analista.

Las tres constantes que Zac sostiene como esenciales en el tratamiento psicoanalítico son las siguientes: las primeras derivan de las teorías del psicoanálisis y son las que acabamos de ver. A estas Zac las llama constantes *absolutas*, porque

están presentes en todo tratamiento psicoanalítico ya que están muy relacionadas con la hipótesis definitoria del psicoanálisis. Las constantes *relativas* se enfrentan a las primeras y son de dos tipos, unas que dependen del analista y otras que derivan de la pareja particular que forman ese analista y ese analizado. Las constantes relativas no dejan de ser fijas una vez se han establecido.

Entre las constantes relativas que *dependen del analista* se encuentran algunos rasgos de personalidad, su ideología científica y otras, concretamente, como el lugar en que tiene el consultorio, el tipo y estilo de sus muebles, así como también las regulaciones de sus honorarios, festivos, etc. La época y extensión de sus vacaciones son constantes que dependen del analista. Sin embargo, la estabilidad del ritmo de trabajo forma parte de las constantes absolutas, de modo que el analista no podrá cambiar a su arbitrio el tiempo ya fijado de sus vacaciones o de sus festivos por ejemplo. A estas constantes relativas las llama Balint (1939) *formas expresivas del analista* y considera la contratransferencia formando parte de esta modalidad particular del analista; aunque en realidad parece más lógico conceptualizarla formando parte de su setting en cuanto soporte real de la relación.

Por último, Zac distingue un tercer grupo de constantes, también relativas, *que dependen de la pareja*, no ya del psicoanálisis ni del psicoanalista, sino de la pareja constituida por un determinado analista y su analizado. Este tipo de constantes son las que más prestan soporte a los conflictos de contratransferencia. Una constante de este tipo, por ejemplo, podría ser la hora de sesión, la cual se ha acordado con las conveniencias de ambas partes.

Como vemos Zac estudia cuáles son las constantes que determinan el encuadre en la psicoterapia psicoanalítica. Parte de Freud que pone orden en el caos: las sesiones van a ser seis por semana, una hora todos los días, esa hora le pertenece al paciente y ni este ni Freud pueden cambiarla, etc. Freud tuvo muy en cuenta la repercusión que la teoría de la transferencia podía tener sobre la técnica del psicoanálisis, una reformulación de la relación analítica que ha de quedar definida en términos precisos y rigurosos. El **encuadre**, no es más que la respuesta técnica de lo que Freud había comprendido en la clínica sobre la peculiar relación del analista y su analizado. Para que la transferencia que surge pueda llegar a ser analizada, decía Freud que el analista debía ocupar el lugar de un espejo que sólo refleja lo que le es mostrado (lo que el paciente proyecta).

Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis era una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, señalando con ello que el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad, esto es curarse. El gran descubrimiento de Freud consistió en que descubriendo determinadas situaciones (traumas, recuerdos o conflictos) los síntomas de la enfermedad se modifican y la personalidad se enriquece, se amplía y se reorganiza. Esta circunstancia unía cura e investigación en una sola actitud.

Al igual que hay una correlación estricta entre la teoría psicoanalítica con la técnica y la investigación, también en el psicoanálisis se da la relación entre la técnica y la ética. Hasta puede decirse que la ética es una parte de la técnica o, de otro modo,

que lo que da coherencia y sentido a las normas técnicas del psicoanálisis es su raíz ética. La ética se integra en el psicoanálisis no sólo como una aspiración moral sino como parte de su praxis. Los fallos de ética del psicoanalista revierten en la técnica, ya que sus principios básicos, en especial, los que configuran el **encuadre**, se sustentan en la concepción ética de una relación de igualdad, respeto y búsqueda de la verdad.

Uno de los principios que Freud propuso, y que es a la vez técnico, teórico y ético, es que no debemos ceder al *furor curandis*. Hoy sabemos sin lugar a dudas que el *furor curandis* es un problema de contratransferencia. A pesar de esto este principio no queda invalidado, porque no hay que perder de vista que Freud nos previene del *furor curandis*, diferente del deseo de curar en cuanto significa cumplir con nuestra tarea. La prevención de Freud no es más que una aplicación de un principio más general, *la regla de abstinencia*.

Sobre la *regla de abstinencia* afirma Freud que el análisis tiene que transcurrir en privación, en frustración, en abstinencia. El analista no puede darle al paciente satisfacciones directas, porque en cuanto este las logra el proceso se detiene, se desvía, se pervierte. En otros términos podría decirse que la satisfacción directa quita al paciente la capacidad de simbolizar. La regla de abstinencia que para el análisis es un recurso técnico, para el analista es una norma ética. Porque, el no dar al analizado satisfacciones directas tiene su corolario ético de no aceptar las que él pueda ofrecernos. Lo que acabamos de decir abarca el problema del *secreto profesional* en cuanto pasa a ser para el analista un aspecto de la regla de abstinencia.

La *atención flotante* implica recibir en la misma forma todas las asociaciones del enfermo; y en cuanto el analista pretende obtener de alguna de ellas alguna información que no sea pertinente a la situación analítica está funcionando mal. Cuando la atención flotante se perturba es que está operando, en general, alguna proyección del analizado. Por lo tanto, el trastorno del analista debe ser considerado un problema de contratransferencia.

Como vemos Freud iba transformando algunas variables en constantes, e iba fijando otras. Pero las que fijó fueron las que hacían posible el tratamiento analítico, y por esto todo el mundo le reconoce que gracias a estas estipulaciones la cura puede tener lugar, porque el lugar de la cura, esto es la situación analítica, se encuentra justamente allí, entre esas constantes.

Una vez fijadas las variables para constituir el **encuadre**, las otras variables contenidas inicialmente en la situación analítica van a generar el proceso analítico.

Contrato y encuadre

El conjunto de variables que quedaron fijadas constituyen lo que se ha venido en llamar el **encuadre** (o setting), porque ellas constituyen realmente el marco en el cual se ubica el proceso. Algunas de estas normas se formulan explícitamente en el momento del **contrato**, otras se formularán cuando llegue el momento y otras posiblemente nunca, aunque todas deberán ser respetadas y preservadas.

La palabra “contrato” que generalmente se suele utilizar, quizá no sea la más adecuada, porque da a entender algo jurídico. Sería mejor hablar de convenio o de acuerdo inicial; pero, de todos modos, la palabra contrato tiene fuerza y es la que corrientemente se utiliza. No obstante, y de acuerdo con lo dicho, cuando llega el momento de formularlo, no se le habla al paciente de contrato; se le dice, normalmente, que sería conveniente en ponerse de acuerdo sobre las bases o las condiciones de tratamiento. La palabra contrato queda circunscripta a la jerga de los analistas y no a los futuros pacientes.

El propósito del contrato es definir de modo concreto las bases del trabajo que se va a realizar, de manera que tanto analista como paciente tengan una idea clara de los objetivos, de las expectativas y de las dificultades a que los compromete el tratamiento analítico, evitando así que después, durante el curso de la terapia, puedan surgir ambigüedades, errores o malentendidos. Resumiendo, digamos que el convenio sirve para que cuando la ambigüedad o el malentendido surja en el tratamiento -lo cual sucederá de manera inevitable- se los pueda analizar teniendo de base lo convenido inicialmente. Desde este punto de vista, se podría decir que, en cierto modo, el *proceso* psicoanalítico consiste en cumplir el contrato, despejando los malentendidos que impiden su vigencia.

Freud formula las bases teóricas del contrato en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912e) y en “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913c), es decir su espíritu, al tiempo que establece las normas fundamentales o cláusulas; sorprendiendo la precisión y exactitud con que define el pacto analítico y sienta las bases para el establecimiento del encuadre.

Sobre los ítems básicos que Freud estableció en los textos citados hace referencia a la **regla fundamental** que se puede introducir con muy pocas palabras y con ella **el empleo del diván**. Luego pasa a los acuerdos sobre **horarios y honorarios**, el anuncio de **feriados y vacaciones** y la **forma de pago**. Se subraya que lo esencial es el espíritu del contrato y no la letra, por lo que se advierte que ni aun las cláusulas esenciales tienen por fuerza que introducirse de entrada, y viceversa, otras pueden incluirse según las circunstancias.

La regla de la **asociación libre** puede plantearse de muy distintas maneras, y aun no explicitarse de entrada, aunque pronto se le hará conocer al analizado, por ejemplo al pedirle que asocie o que diga lo que se le ocurre sobre un determinado elemento del contenido manifiesto de un sueño.

Las cláusulas fundamentales del contrato suelen ser respuesta a una pregunta ineludible, que está en la mente del entrevistado cuando se le da la indicación de analizarse: *en qué consiste el tratamiento*. Se formule o no tal pregunta la habremos de explicitar diciendo: **“El tratamiento consiste en que usted se acueste en este diván, se ponga en la actitud más cómoda y serena posible y trate de decir todo lo que vaya apareciendo en su mente con la mayor libertad y la menor reserva, tratando de ser lo más espontáneo, libre y sincero que pueda”**. De esta manera, introducimos la *regla fundamental* y el *uso del diván*, luego se le podrá hablar de *horarios y honorarios*

La norma de que *cuándo el paciente no viene tiene que pagar la sesión* es conveniente introducirla de entrada, pero si el entrevistado se muestra muy ansioso o desconfiado, puede dejarse aparcada y plantearse a partir de la primera ausencia.

Otras normas no deberían proponerse en el primer momento, o sea en la entrevista, sino cuando surjan en el curso del tratamiento. Por ejemplo **los cambios de hora o los regalos**, pues son normas que tienen que ver más con el estilo del analista que con la técnica; solo se justifica discutir las llegado el caso.

Las constantes del encuadre son normas empíricas dictadas por Freud a partir de su experiencia clínica, que lo lleva a poner un marco definido y estricto a su relación con el paciente para que el tratamiento se desarrolle de la mejor forma posible. Algunas de estas normas constituyen lo que se conoce por contrato e implican el acuerdo a que llegan dos personas al estipular una tarea para llevarla a cabo. Pero son otras normas, las que derivan específicamente del tratamiento psicoanalítico, esa singular relación entre el analista y su paciente, las que nos interesan ahora. Nos referimos a ese proceso singular de relación del terapeuta con el enfermo llamado *transferencia*. Se sabe empíricamente que toda circunstancia que revele algo perteneciente al ámbito personal del analista puede perturbar este desarrollo. El encuadre está destinado a proteger al enfermo de esas revelaciones y también al analista de sus propios errores, que perturban el proceso y, por tanto, perjudican al paciente y a él mismo.

El encuadre es entonces el *marco* que alberga un contenido, el *proceso*. Este contenido consiste en la singular relación del analista y el analizado, y se compone de tres elementos: *transferencia*, *contratransferencia* y *alianza terapéutica*. También añadimos que el contenido que estamos considerando configura la *neurosis de transferencia* y, también, de *contratransferencia*.

Los consejos de Freud dados en los escritos técnicos antes mencionados se agrupan en dos clases. Algunos son consejos concretos y directos sobre los cuales se les puede aceptar o rechazar pero no discutirlos. Pertenecen a las constantes relativas que dependen del analista y tienen que ver con las *regulaciones de horarios y honorarios, feriados y vacaciones, etc.*, ya vistos en el contrato. Otros consejos se refieren no sólo a las constantes del encuadre sino también a la *actitud mental del analista*, el cual da a aquellas su sentido y valor. Por *actitud mental del analista* se entiende su disposición a trabajar con el paciente realizando de la mejor forma posible la tarea a la que se ha comprometido y que consiste en explorar sus procesos mentales inconscientes y hacérselos comprender. Esta tarea es difícil para el analizado porque le provoca *angustia* y esto le despierta *resistencias* y porque la exploración asume un carácter real e inmediato a través del fenómeno insoslayable de la *transferencia*.

Freud tipificó la *actitud mental del analista* en dos normas, *la regla de abstinencia* y *la reserva analítica*, condensada en la famosa metáfora del analista espejo: “El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que es mostrado”. Sobre la metáfora, hoy podríamos decir: que el analista refleje y no proyecte lo que el analizado pone en él; que sea el analista un espejo plano, que se deje curvar lo menos posible por la *contratransferencia*. La

reserva analítica es necesaria para que la *situación analítica* se pueda establecer.

La *regla de abstinencia* se refiere a que el analista no debe gratificar los deseos del paciente en general y desde luego particularmente sus deseos sexuales. Esta regla que se aplica al analizado alcanza al analista inexorablemente: si consentimos que el analizado nos gratifique, ya lo estamos también gratificando y si le hago a mi paciente una pregunta para satisfacer mi curiosidad, con su respuesta (o su negativa a responderme) él ya está gratificándose.

Finalizaremos este punto con cuanto dice Bleger (1967) en relación al *proceso analítico*, y esto es que ningún proceso puede darse si no hay algo dentro de lo cual pueda transcurrir, y esos carriles por donde se desplaza el proceso son el *encuadre* que lo contiene, y si el proceso es analítico debe encontrarse inscrito en una totalidad más abarcativa, como es, la *situación analítica*. Su proposición es, pues, que la situación analítica configura un *proceso* y un *no-proceso* que se llama **encuadre**.

Los elementos del encuadre a destacar por cuanto que llaman más la atención y definen la práctica del psicoanálisis, son:

- **La escucha** del discurso del paciente que trata de explicar su sufrimiento y, los fallos de ese discurso, es realizada por el psicoanalista atendiendo a la presencia del inconsciente, del “Otro” que habla a través del sujeto. Allí donde otro terapeuta se compadece del sufrimiento del sujeto, el analista permanece neutro, dado que sabe por experiencia, que el sujeto está dividido y que lo que puede ser sufrimiento para una parte del analizado puede ser también placer para la otra. La benévola y neutra escucha del analista permite progresivamente al paciente clasificar las culpas y, en fin, reconocer en qué ha podido ser él el artesano de su propia desgracia o tristeza.
- **El silencio** lo soporta más o menos bien el paciente que se dio cuenta desde la primera conversación del alcance de la escucha. El silencio del analista es el soporte, la base de su escucha. El analista puede hablar sin por ello salir de su neutralidad y sabiendo en qué registro interviene. Nada le impide tranquilizar al paciente. Solamente que, en ese momento, no está ya en lugar del analista. Como dice Lacan, al analista, gracias a su silencio, le cede la palabra al “Otro”.
- **La neutralidad del analista** constituye una característica fundamental de su escucha, la neutralidad respecto a todo lo que dice el paciente, es decir, tomar esa actitud “separada, despegada, que evita toda idea preconcebida” con el objetivo de dejarse “sorprender por cualquier hecho inesperado”, tal como decía Freud. El analista no debe sustituir su propia censura por la del paciente. Si exige al paciente la aplicación de la regla de la *asociación libre*, debe estar preparado para recibir cualquier historia que le cuenten, sin elección previa. La neutralidad se puede concebir como la garante del conflicto entre las diferentes partes del pensamiento del analizado. Si el analista se decantase, por ejemplo, del lado del Superyó del analizado, es el polo pulsional, el Ello, lo que se desencadenaría. Si, al contrario, el analista parece favorecer los desbordamientos pulsionales del sujeto, será el Superyó quien se desencadenará.
- **La atención flotante** es la atención que presta el analista para ser más receptivo a la palabra del inconsciente, a las palabras del “Otro”, sin realizar una selección. Tal actitud coloca al analista en las mejores condiciones para estar a la escucha de las formaciones del inconsciente. Como estas últimas responden a las características de los procesos primarios que rigen el inconsciente, la atención del analista no puede estar dirigida propiamente a los procesos secundarios, es decir, ser una atención que sobrevalore uno o una serie de elementos en perjuicio de los otros. Freud la

calificaba de flotante porque no se parece a la atención que se utiliza en el razonamiento, cuando se reflexiona o cuando se realiza un esfuerzo de memoria. La atención flotante coloca al analista en un estado próximo al del analizado durante su proceso de asociación libre de ideas. Es un estado de duermevela como si estuviese sumergido en una ensoñación...

- **La asociación libre de ideas** es la regla fundamental del psicoanálisis, su función es la de permitir al analizado aceptar las formaciones de su inconsciente, un poco como en una ensoñación, en un duermevela, donde el lenguaje lógico, coherente, comienza a divagar, paralizado por pensamientos *absurdos*, sin interés o claramente obscenos. Es la gran *invencción* freudiana, es única en la historia de la humanidad. Nunca se podrá explicar todo lo que se nos pasa por la cabeza mientras hablamos con cualquier persona. Únicamente se puede hacer con el analista. Y de hecho no se hace jamás como se supone que podemos hacerlo.

Con la asociación libre de ideas es imposible no decir la verdad, incluso cuando nos equivocamos o mentimos. En primer lugar, nos damos cuenta que se dice siempre más de lo que quisiéramos decir, y así se toma la medida del “Otro” que habla en nosotros. Al mismo tiempo, a pesar de las diferentes direcciones que pueden tomar estas palabras (o historias) *desbocadas*, se vuelve siempre incansablemente a las mismas cosas: “Pero yo ya había dicho esto”, dicen invariablemente los analizados. En efecto, es la presencia de lo real lo que lastra nuestras asociaciones, lo que las impide que vayan completamente a la deriva y lo que las devuelve siempre al mismo lugar. Volver al mismo lugar no es dar vueltas en redondo, sino volver a pasar por debajo o por arriba de un mismo punto, como si caminásemos sobre una espiral más que sobre un círculo. La diferencia entre estas dos vueltas se mide por la experiencia de saber, de conocimiento, que viene a alojarse en el lugar del goce y del sufrimiento del síntoma.

- **La interpretación** se trata de la función que únicamente puede ser modificadora (mutativa) en un momento en que la verdad reprimida del sujeto está preparada para aparecer. Con ella, dice Lacan, se espera del analista que haga funcionar su saber en términos de verdad. Si no, decía Freud, tiene por único efecto el suscitar una resistencia suplementaria en el analizado. También por ello el psicoanálisis no puede aprenderse en los bancos de la universidad. El saber de la teoría analítica sólo es operativo cuando toca una verdad que lucha por aparecer a través de un sueño, una asociación de ideas o un síntoma. Gracias a la interpretación, el analista permite al analizado *dar a luz* a una verdad. Levanta una represión y restablece la continuidad en una cadena de simbólica hasta entonces *censurada*. La interpretación restituye (devuelve) al sujeto que habla lo que se entendía a través de lo que él mismo decía. El analista habla, por tanto, desde el lugar del “Otro”, entendiendo en el decir del sujeto la palabra misma del “Otro”. Es por ello que decía Lacan que no hay dos sujetos en el análisis; hay dos personas: el analizado y el analista. Hay un sujeto que habla, y un “Otro”, el inconsciente, que habla a través de él. El analista desaparece como sujeto para ocupar la plaza del “Otro”. Y la interpretación es, por tanto, el mejor ejemplo.

La interpretación pone en juego un eje simbólico, y se lleva a cabo según las estructuras del lenguaje. Lo que coloca habitualmente obstáculos a ese eje simbólico es un muro imaginario que pone en juego a su vez las diferentes identificaciones del sujeto. Es este eje imaginario el que constituye la otra vertiente de la transferencia, donde el analista está comprometido, y que se opone a la interpretación. Dicho de otra manera, la interpretación nos permite entender cómo el analista opera desde el mismo lugar del “Otro”, desde el inconsciente. Pero la resistencia en el análisis nos permite también comprender que también el lugar del analista es el de un otro imaginario (de un pequeño otro), soporte de todas las proyecciones. La interpretación no es una lectura de sueños o de las líneas de la mano. No participa de ninguna mística y no reposa sobre la intuición. Es lo que hace que el análisis pueda aspirar a ser una ciencia, sin que por ello llegue a serlo.

- **El diván** facilita la asociación libre de ideas, pero no es indispensable para el desarrollo del análisis. Sin embargo, cuando nos encontramos cara a cara con alguien nos es muy difícil decir

no importa qué cosas, proferir *tonterías*. Tenderemos a construir un discurso y a darle una estructura lógica e inteligente. Estaremos tentados de buscar la aprobación o la desaprobación en el rostro del otro. Mientras que tumbado, *la palabra* se libera del peso de la mirada. Lo que no impide al analizado vigilar la voz del analista para conocer si se produce aprobación o desaprobación, lo mismo que antes buscaba con la mirada. El diván facilita el análisis al colocar al analizado en una situación similar a la del sueño o ensueño: la motricidad queda suspendida, la que da a las palabras todo su peso (toda su importancia) y a los procesos primarios un mejor campo de acción.

Pero el diván no es indispensable en la cura. Muy a menudo, provoca en el paciente una sensación de *inferioridad*, en el sentido de no estar en el mismo plano que el analista. Para otros pacientes que conocen el análisis, no estar tumbados sobre el diván les produce la misma sensación de inferioridad, al pensar: “Yo no soy bueno para el análisis”.

- **El pago** es otro de los medios de conseguir que el análisis sea posible. En efecto hay cosas que nunca podrían decirse si no fuera pagando un precio por ello. Y este precio no puede ser igual para todo el mundo. No porque el analista fije sus honorarios *al dictado de su cliente*, sino porque el precio que puede ser irrisorio para uno también puede ser insuperable para otro.

Una de las reglas del análisis es la de que cualquier sesión, aunque se falte a ella, debe pagarse. Esta regla da valor al alcance de este acto fallido, en tanto que éste es el logro, el éxito del deseo inconsciente. Si se logra el acto fallido es porque se ha permitido mostrarse tal cual al deseo inconsciente. El análisis tiene en cuenta el determinismo inconsciente y nada de lo que ocurre durante la cura es fruto del azar.

Con tan solo evocar el pago surgen una multitud de preguntas. Por un lado, los tabúes que se crean en relación con la ideología reinante que digiere mal sus resistencias hacia el análisis, por otro lado, algo que afecta a la propia clínica, tanto el gesto de pagar como el propio pago, pueden transformar algunas veces de forma completa el desarrollo de la cura. Estas cuestiones se refieren igualmente a la posible gratuidad del análisis, tal y como se practica en los ambulatorios, centros de salud o cualquier otra entidad a cargo de la Administración.

- **La duración del análisis** es objeto de interrogatorio, actualmente, por parte de los analistas, quienes se preguntan cuál debe ser su duración. La intervención de los organismos pagadores genera un derecho de vigilancia sobre los resultados y el tiempo necesario para obtenerlos. Es decir, los organismos pagadores medicalizan la consulta psicoanalítica y la propia cura. A esto hay que añadir que el psicoanálisis está sometido a la competencia de toda una gama de terapias modernas. Y, la conclusión es, “el análisis dura demasiado tiempo”.

En los tiempos de Freud, los análisis duraban menos que hoy en día. Pero ya Ferenczi se había dado cuenta de que el tiempo de una curación dependía del objetivo que uno se propusiera. Y la primera diferencia separaba los análisis terapéuticos de los análisis didácticos. Estos últimos duraban más que el de un paciente, y pronto los analistas comprendieron que un análisis podía durar toda una vida. Freud en el caso de *el hombre de los lobos* constató que el paciente se había instalado en un inmovilismo ligado a los beneficios secundarios que obtenía de sus síntomas. Así Freud fijó un término de la cura y el paciente se dio cuenta de que Freud hablaba seriamente y en un tiempo record facilitó el material necesario para la resolución de sus síntomas.

Freud añadió que, ante la desproporcionada presión del tiempo, el paciente tuvo entonces una lucidez que únicamente se obtenía de forma habitual utilizando la hipnosis.

- **La curación** es muy particular en el análisis, la idea de estar curado no se pudo separar de la dimensión tiempo de la curación y de sus objetivos. Para Freud era importante señalar que la investigación del inconsciente debía de primar sobre todo lo demás. El analista no debía dejarse llevar por un deseo de sanar, sino más bien por un deseo de saber. Ahora bien, el analizado, incluso si el mismo había solicitado la curación de sus síntomas, podía asustarse delante de la verdad que se descubre en el análisis y *salir corriendo*, volviendo a embalar los síntomas en su caja.

Podemos resumir posiciones extremas diciendo que, se exagera al no considerar el análisis como terminado hasta que el paciente ha logrado alcanzar un funcionamiento psíquico definido de tal manera que puede considerarse ideal. Por otro lado, se cae en el exceso contrario, olvidando que, si el analista debe desconfiar de su deseo de sanar y debe dejar llegar por sí misma la curación, no hace falta tampoco que él se convierta en un aliado de la repetición. Sea lo que sea, es al paciente al que le corresponde en primer lugar decir si lo que ha adquirido es o no suficiente. La curación de los síntomas puede ser una trampa que haga decir a las analistas que el paciente huye hacia la salud. Y, ¿por qué no huir? No se puede, en nombre del análisis, empujar a un paciente a prolongar su cura más allá de un determinado punto, salvo si es un candidato para ser analista.

- **Los fines de un análisis** serán aquellos que se fijen entre el analista y el analizado, dentro de estos está la curación. Estos fines pueden variar en cualquier momento de la terapia. Por ejemplo, un paciente que ha iniciado un análisis sólo para curarse puede encontrarse en un momento dado con el deseo de ser él mismo analista. Y viceversa. El tiempo de la cura y sus fines habrán cambiado.

Para Freud, el fin de un análisis era liberar la energía que el sujeto empleaba en la represión. Esta idea está ligada a la concepción freudiana de la sublimación. La sublimación es un proceso que utiliza la fuerza de la energía sexual, la fuerza de las pulsiones sexuales, dirigiéndolas, sin embargo, sobre otro fin y sobre otro objeto que sean valorados por la sociedad en la que el sujeto vive. En la sublimación, el fin y el objeto de la pulsión no son ya sexuales. Este proceso explica a los ojos de los analistas muchas de las actividades humanas, en apariencia sin ninguna relación con la sexualidad, pero que, sin embargo, obtienen su fuerza de las pulsiones sexuales.

Contrariamente a la formación reactiva -frecuente en las neurosis obsesivas- que necesita de un gasto permanente de energía (como el caso de la limpieza excesiva), la sublimación opera sin represión y dirige la energía sexual directamente hacia un fin socialmente aceptado y diferente, sin tener, por tanto, que luchar para mantener lo reprimido en su lugar. Ejemplo, podría hacer de la limpieza su profesión.

Para muchos analistas, el resultado de un análisis se juzgaría por la capacidad encontrada o reencontrada del sujeto.

- **La necesidad de un análisis** o *indicación* da inmediatamente a la cura una dimensión médica, como la de una terapia de pago. Se indicaría un análisis como se recomienda una intervención médica, por ejemplo. Aunque la experiencia ha demostrado que hay ciertos pacientes, *siempre los mismos*, con los que el análisis fracasa, lo que provoca que los analistas tiendan a liberarse de ellos atribuyendo- les características de no analizables. Sin embargo, cuando se va a ver a un analista es normalmente porque se tiene una dosis de sufrimiento que ya no se puede controlar. Ya no hay acuerdo posible. Ya no se puede negociar lo que se había podido hasta ese momento. La verdad reprimida ya no aparece en los sueños o en un síntoma transitorio, sino que se dice, a medias, a través de las limitaciones o inhibiciones, de síntomas inoportunos, de una explosión de angustia o incluso de un delirio.

El análisis es el medio que se utiliza para aceptar de otra manera esta verdad, es decir, con palabras. Partiendo de aquí, toda demanda de análisis puede ser acogida, dado que no le corresponde al paciente ajustarse y adaptarse al marco de la cura, sino al analista y al encuadre adaptarse al paciente. Como hacía Winnicott, del que los pacientes decían que “había un Winnicott para cada uno”.

La influencia del encuadre en la psicoterapia dinámica breve de duración y objetivos limitados.

- **La recepción del paciente**

A diferencia de lo que ocurre en otros tipos de procedimientos curativos o de ayuda, en el campo de la psicoterapia psicoanalítica (en lo sucesivo p.p.) las bases del tratamiento se establecen en el momento mismo en que, por vez primera, paciente y terapeuta entran en contacto. Como se ha dicho con anterioridad el instrumento de curación de la p.p. es la relación personal terapeuta-paciente, y esta relación se inicia en la mente del paciente incluso antes de que conozca al que va a ser su terapeuta. Y esto sucede así, porque el paciente se está relacionando antes del primer encuentro - conscientemente o inconscientemente- con una figura -aún imaginaria- que reproduce, en el exterior, las características del objeto sentido como bueno, confiable, dador de vida y al que incorporó en su interior durante la infancia, de manera lo suficientemente satisfactoria como para que haya sido factible cierto grado de crecimiento mental. Pero también, en la mente del futuro paciente, existen ansiedades persecutorias, odios, impulsos destructivos, temores de represalia, envidia, etc., dirigidos hacia la misma figura del terapeuta no conocido y que representa en el exterior al objeto parcial, atacado, destruido, amenazador, devorador, perseguidor, etc. Todo ello puede estar sucediendo porque el paciente, en cierta medida, ha establecido ya esta vinculación a través de lo que se le ha dicho a cerca de la terapia, de las referencias que hasta él han llegado, de lo que ha podido conocer por terceras personas, de lo que conoce o supone de la institución en la que trabaja el terapeuta, de lo que ha leído acerca de los tratamientos psicoterapéuticos y del psicoanálisis, etc. No resulta, por tanto, difícil darse cuenta hasta qué punto todos los detalles y pequeñas o grandes circunstancias del primer encuentro repercutirán en la mente del paciente y estimularán, satisfarán o frustrarán todo tipo de fantasías y expectativas con profunda repercusión sobre el futuro desarrollo de la relación terapéutica.

La mayor parte de las veces, el terapeuta no interviene personalmente en **la forma como le es remitido el paciente**, ni en las circunstancias externas que han precedido, de forma inmediata, a la demanda del tratamiento por parte de éste. Sin embargo, es conveniente que, en lo que pueda, procure que tales circunstancias sean lo más favorables posibles para la estructuración de una adecuada comunicación desde el principio. Todo lo que proteja la *neutralidad y anonimato* personal del terapeuta es una ayuda para la organización del marco idóneo desde un comienzo, como también lo es la *claridad y sinceridad en la información* que se le ofrezca al paciente al indicarle la conveniencia de un tratamiento terapéutico.

Una práctica frecuente y considerada poco conveniente por gran número de terapeutas, la cual evitan en lo posible, es la de **administrar pruebas psicológicas al paciente** posible “receptor” de una psicoterapia psicoanalítica, una serie de tests de personalidad, de inteligencia o aptitudes, etc., de los que posteriormente, y en apariencia por lo menos, como resultado de los mismos, se le aconseja iniciar un

tratamiento psicoterapéutico. La administración de tales pruebas psicológicas suelen dar origen a un gran número de fantasías y ansiedades que aparecen en las primeras entrevistas y la posterior marcha del tratamiento. Aunque la repercusión que esto puede tener es específica para cada paciente, hay rasgos o matices de la respuesta que aparece con gran frecuencia, tales como las fantasías de haber sido invadido, penetrado y vaciado por medio de preguntas y cuestiones a las que el paciente ha tenido que dar respuesta en el curso de la prueba efectuada. En determinadas ocasiones en las que el psicoterapeuta es ajeno a aquellas personas e instituciones en donde al paciente se le han efectuado las mencionadas pruebas, tal profesional ha percibido en el cliente remitido que, conscientemente o en su fantasía inconsciente, liga a aquel especialista que le evaluó con el psicoterapeuta que con posterioridad se le ha aconsejado. Uno y otro llegan a representar, en su interior, a los componentes de la pareja de padres, por un lado temidos, por otro envidiados e idealizados. Desde esta perspectiva ambos profesionales pueden ser vividos como padres que se ocupan del bebé y que, excitados por las producciones de éste -sus respuestas frente a los tests-, se oponen de acuerdo para retenerle.

En otras ocasiones, el paciente, al sentirse violado en su intimidad por las pruebas practicadas, se suele creer en el derecho a recibir, a cambio a lo que el ha dado, una curación rápida y sin esfuerzo. Se vincula esta actitud con la fantasía de que, gracias a los tests, el terapeuta conoce los más profundos secretos de su mente, las causas de sus dificultades y la manera de resolverlos, y que, en un momento determinado, le otorgará la solución de todos sus males. Tal creencia fantasiosa, hace que el paciente tienda a olvidar las posibilidades que el tratamiento le brinda para comprender algo de sí mismo, y acuda sesión tras sesión en espera de que, en el oportuno momento, el terapeuta le revele todo aquello que fue descubierto mediante la exploración psicológica.

Así, pues, atendiendo a lo dicho, y dado que en psicoterapia psicoanalítica estamos tratando con el inconsciente, con las fantasías que en él se producen, pero que también son estimuladas por las realidades externas, todos los detalles del paciente deben ser atendidos con esmero, con exquisito cuidado, a fin de llegar a estructurar de la mejor manera la relación terapéutica. Un principio fundamental ha de ser tenido siempre presente, el de que *en todo momento ha de prevalecer el más absoluto respeto para la persona del paciente*. El descubrimiento de la verdad exige una relación fundada en la verdad, y ésta no existe sin un profundo respeto por la persona humana. Son este **amor a la verdad y respeto al paciente** los que constituyen el verdadero marco y estilo de la recepción, el cual habrá de continuarse mientras dure el tratamiento. Son muchas las condiciones externas que pueden ser no deseables o, incluso, francamente adversas a la hora de establecer el marco apropiado para un tratamiento. Por ejemplo, pacientes que recorren diversos especialistas y sólo son remitidos al psicoterapeuta cuando los otros profesionales ya no quieren saber nada de ellos. Circunstancias muy desfavorables que suelen darse en hospitales e instituciones psiquiátricas con consultorios no adecuados, ruidosos, no asignados al psicoterapeuta de una manera fija y estable, de modo que el especialista ha de peregrinar en busca de un lugar donde poder iniciar la sesión, etc. Pues bien, aun

teniendo en cuenta todas estas dificultades de orden externo, y aun siendo muy importantes a la hora de establecer el marco terapéutico, no lo son todo. Podrán tolerarse ciertas deficiencias -siempre que no sean responsabilidad del terapeuta- si cabe *la posibilidad de establecer un marco interno en el cual queden claros los objetivos propuestos*, es decir, *ampliar el conocimiento que de sí mismo tiene el paciente, la relación paciente-terapeuta y la metodología para lograrlo*.

En cuanto a los aspectos más externos de la recepción, es aconsejable que *entre el paciente y el psicoterapeuta no haya personas interpuestas que pidan datos, confeccionen historial clínico, etc.* ***El trato paciente-terapeuta debe ser directo e inmediato.*** En todo lo que sea razonable, *debe evitarse la exposición de detalles y datos externos concernientes a la personalidad y características privadas del terapeuta*, quien debe permanecer, como persona particular, en un plano lo más privado posible. Tal cautela sobre la intimidad del terapeuta puede afectar, de no llevarse a cabo, al respeto al paciente de que antes se ha hablado. Cualquier información innecesaria que el paciente pueda recibir del terapeuta es un ataque a su libertad, ya que esta información interfiere en la espontaneidad de sus asociaciones y fantasías, presionando sobre ellas en una u otra dirección, limitando algún tipo de pensamientos y estimulando otros, favoreciendo el desarrollo de un cierto tipo de comunicación y oponiéndose a ciertas pautas de relación, etc. La información acerca del terapeuta es susceptible de restringir como de estimular algunos aspectos de la producción mental del paciente, ya sea por temor, por miedo al enfrentamiento, por sumisión, por antagonismo, por envidia, por rivalidad, por miedo a la competencia o por deseo de ella, etc. También crea obstáculos en la buena marcha de las relaciones transferenciales, ya que éstas se desarrollan de una forma tanto más clara y transparente cuantas menos sean las interferencias de la realidad externa que, incidiendo en la figura del terapeuta, la oscurecen y confunden. Resumiendo, disponer las cosas de una forma tal que el paciente pueda tener algún acceso a la realidad del terapeuta, tal como gustos, sus aficiones, sus opiniones sobre cualquier materia, etc., no sólo no logra un acercamiento más o menos adecuado hacia él sino que más bien es un ataque desconsiderado contra su libertad individual y una falta de respeto a su derecho de privacidad.

Si la reserva de la realidad del terapeuta es valorada en lo que concierne al inicio, estilo y marco de la recepción, *la puntualidad horaria en el inicio de las sesiones, la estabilidad en el ritmo de trabajo, la permanencia del terapeuta en mantenerse de forma estricta en su función comprensiva y estimuladora de la comprensión del paciente, etc.*, también ha de serlo. No obstante, es conveniente recalcar para dar fin a cuanto se refiere a la fase de recepción, que si el terapeuta recibe al paciente, está dispuesto a escucharlo y a iniciar tratamiento en el caso de creer que con ello puede ayudarle es porque éste, libremente y por propia iniciativa, ha acudido en busca de orientación y ayuda. No contradice en nada lo con anterioridad expuesto el hecho de que esta libre iniciativa haya surgido a raíz de un consejo, de una indicación, etc., de profesionales, familiares o amigos. El psicoterapeuta debe dejar bien establecido, con su actitud y palabras, que el atiende al paciente porque este lo ha querido, aun con

todas las contradicciones y dificultades que puedan haber en su interior, y que se halla dispuesto a escuchar sus peticiones y demandas de ayuda, pero las suyas, no las del amigo o profesional o quien sea que supuestamente le ha empujado a solicitar una entrevista. El psicoterapeuta estará interesado en **dialogar tan sólo con el paciente como sujeto individual**, no con terceras personas a través de éste. Lo cual es, también, un justo reconocimiento de la libertad individual del paciente que debe guiar todo su comportamiento. Pero, es también un requerimiento técnico. No sería posible establecer una apropiada vinculación paciente-terapeuta sino es partiendo de la base de que se trata de dos personas que se reúnen por propia voluntad e independientemente de la presión externa. Ni tampoco sería posible el empeño en ofrecer comprensión al paciente si éste no solicita, por sí mismo, un mayor discernimiento acerca de sus procesos mentales. El terapeuta ha de tener claro en la situación que el paciente no está actuando como portavoz o representante de aquella persona que le ha aconsejado a acudir a él, sino que se encuentra, aunque ayudado por su presencia, solo frente a su propia responsabilidad.

- **La relación paciente-terapeuta en la psicoterapia dinámica breve**

Vamos a referirnos a la relación terapéutica en la psicoterapia dinámica breve y las diferencias existentes con la psicoterapia psicoanalítica (p.p.), especialmente tomando como referencia el encuadre.

Para comprender las particularidades del **vínculo terapéutico** efectuaremos un rápido recordatorio de las características de la **relación terapéutica** en el tratamiento psicoanalítico, que servirá para puntualizar diferencias significativas:

Por ejemplo, en el *contexto psicoanalítico* existen condiciones que facilitan el establecimiento, desarrollo y análisis de la neurosis transferencial regresiva, la cual, es fundamental en el proceso terapéutico. Así encontramos que:

- El analista procura mantener el *anonimato*, lo cual contribuye a crear un *clima de ambigüedad*, a fin de no entorpecer la producción de fenómenos transferenciales. Además adopta una *actitud neutral relativamente distante*, lo que implica promover en el paciente una situación de *frustración*; el **vínculo** es marcadamente *asimétrico*, hecho acentuado entre otras cosas por el *uso del diván*.
- También en lo *temporal* el encuadre favorece la *dependencia regresiva*, al constar de *varias sesiones semanales* y una *duración no limitada del tratamiento*.
- Con respecto a lo *espacial*, la posición del paciente, acostado en el *diván*, se encuentra ligada a fenómenos regresivos tales como el dormir y la meditación lo cual fomenta el desarrollo de la transferencia, lo que añadido al estar *privado de ver al analista*, la prueba de realidad se vuelve más dificultosa.
- La *regla fundamental de la asociación libre* por parte del paciente, determina en éste un funcionamiento mental regresivo, al implicar *la abolición del rechazo* de las ocurrencias y de su comunicación, así como la superación de resistencias, todo lo cual incide intensificando la transferencia pues se produce la proyección de objetos internos en el analista, especialmente del superyó.
- El analista emplea la *atención flotante*, favoreciéndose una comunicación de inconsciente a inconsciente. Si interviene lo hace partiendo del material verbal que

el paciente aporta de manera espontánea y sobre todo mediante la *interpretación*; ante los silencios mantiene una actitud expectante, permitiendo que se prolonguen. Las *interpretaciones transferenciales* son muy valoradas, para la mayoría de los analistas constituyen el instrumento técnico esencial, y para algunos el único con efectos mutativos. Estas interpretaciones alientan al paciente a revisar minuciosa y profundamente sus fantasías transferenciales y promueven el revivir situaciones infantiles, favoreciendo así la *neurosis de transferencia*.

Bien, pues en lo tocante a la psicoterapia breve aun con orientación dinámica, sucede que:

- En la *psicoterapia breve* se debe desalentar tanto el desarrollo de la *regresión* como el de la *neurosis de transferencia* e incluso es necesario *controlar* en lo posible la intensidad de los *fenómenos regresivo-transferenciales*. De ello derivan una serie de medidas técnicas que confieren perfiles propios a la psicoterapia breve:
- El **vínculo** que se establece con el paciente es *más realista y definido*, ya que la *ambigüedad* es aquí un inconveniente. Una relación más basada en la realidad contrarresta el establecimiento de una relación transferencial neurótica. Según Fiorini, rol que debe asumir el terapeuta en la psicoterapia de esclarecimiento (equiparable por este autor a la terapia dinámica breve) es el de un *rol real de docente experto*, a su juicio uno de los aspectos más destacables.
- Hay de parte del terapeuta, a diferencia de la p.p., una *mayor proximidad afectiva* que se espera obre positivamente sobre el proceso terapéutico. Para lo cual es de menester se establezca a la mayor brevedad un buen *rapport*, sobre todo si se trata de una terapia cuyo tiempo será limitado; habrá de fomentar el desarrollo rápido de una *alianza terapéutica*, condición básica para aspirar al éxito. Por todo lo cual, el terapeuta deberá en lo posible *mostrarse moderadamente cálido, ofrecer una imagen confiable y demostrar interés por los problemas del paciente*.
- La *relación terapéutica* exige se mantenga un delicado equilibrio entre gratificaciones y privaciones del paciente. Se le debe permitir cierto grado de gratificación de necesidades emocionales (por ejemplo, respondiendo a las preguntas formuladas por él, de lo contrario, se corre el riesgo de despertar o incrementar – a causa del resentimiento provocado por la frustración- la producción de reacciones hostiles y un posible aumento de las resistencias). Gratificarlo en demasía supone ciertos riesgos, como dificultar la integración de la agresividad y favorecer la dependencia.
- Se deberá propender al *mantenimiento de una relación transferencial positiva sublimada* a lo largo de toda la terapia (por supuesto, será conveniente que exista una *contratransferencia positiva*, esto es, que el terapeuta no tenga que esforzarse demasiado en vencer dificultades para ocuparse del paciente, sobre todo si se trata de un tratamiento de corto plazo, en cuyo caso reclamará desde su inicio una buena disposición de su parte). Solo así podremos esperar que el paciente asuma una actitud de colaboración y pueda aceptar y utilizar con provecho las interpretaciones. Los sentimientos transferenciales de idealización muy intensos pueden complicar y prolongar el tratamiento, cuando surgen es preciso disolverlos

prontamente mediante la labor interpretativa. Lo mismo cabe decir en lo que respecta a la *hostilidad* y el *erotismo*.

- La relación terapeuta-paciente será finalmente *menos asimétrica que en el tratamiento psicoanalítico*.
- El número reducido de sesiones semanales y la duración limitada y, generalmente, prefijada del tratamiento breve desalientan la regresión.
- La *posición frente a frente*, que es la habitual en terapias breves, actúa, a diferencia del uso del diván, contraponiéndose a las tendencias del paciente al desarrollo de la regresión y de la neurosis de transferencia (la percepción visual ayuda a que se sitúe en la realidad). Tal posición aparece como más acorde con el tipo de comunicación que tiene lugar entre paciente y terapeuta en estas terapias, pues se traduce a un intercambio verbal, más aproximado a un diálogo corriente que el psicoanalítico.
- Respecto a la *regla fundamental* uno de los factores que explican la intensidad que en la p.p. adquiere la *transferencia*, como en psicoterapia breve se trata de evitar un efecto de esta naturaleza, dicha regla no debe emplearse de igual modo que en el tratamiento psicoanalítico.
- Dentro de la comunicación en la psicoterapia breve, es preciso señalar la *función activa que tiene que ejercer el terapeuta* y que será decisiva para el logro de buenos resultados. Esto no sólo se refiere a su posible incidencia en el vínculo, sino también a su papel activo en la gestión de focalización de la labor terapéutica, dado que, por lo común es necesario alcanzar determinadas metas y se dispone de tiempo limitado para ello.
- Acorde con lo anterior, la situación requiere cierta activación yoica del paciente, que se consigue precisamente a través de ese funcionamiento activo, pues no podemos esperar demasiado tiempo a que venza por sí mismo sus dificultades para mantener una comunicación terapéutica productiva y poder ahondar en el conflicto en cuestión. *El terapeuta intentará agilizar el intercambio*, procurando producir un efecto catalizador en el proceso terapéutico. A la vez debe dedicarse desde el comienzo y de lleno a *ayudar al paciente a resolver situaciones perturbadoras de su vida diaria*. Con tal fin recurrirá con frecuencia a intervenciones no interpretativas. Formulará preguntas, señalamientos, efectuará sugerencias, brindará información. A veces tendrá que tomar la iniciativa en la comunicación, proponiendo el tema a tratar (Ej.: "Veamos aquello que usted mencionó de pasada en la última sesión"). O por medio de preguntas: "¿Cómo pasó este fin de semana? ¿Sucedió algo especial?".
- En cuanto a las *interpretaciones* han de estar dirigidas fundamentalmente a clarificar la conflictiva focal. El rol del terapeuta es en suma *más activo y directivo* que en la técnica psicoanalítica en lo que concierne a su actitud ante el material que el paciente aporta. El terapeuta encauza la exploración en una determinada dirección, escogiendo entre el material aquello atinente al foco y descartando lo extrafocal.
- En ocasiones, al terapeuta le puede caber una participación decididamente activa y directa en los problemas actuales del paciente. Por medio de sugerencias podrá incidir en alguna medida en ellos. Así, por ejemplo, ante una situación fóbica

del paciente y, después que el paciente ha alcanzado cierta comprensión psicológica del conflicto, estimularlo a enfrentarla, actitud avalada por Freud, con sus recomendaciones acerca del tratamiento de la fobias. Según Haley: “El psicoanálisis de los tiempos de Freud no era solamente *más breve*, sino también *más activo*. Freud *escogía el tema sobre el que un paciente había de asociar* y cuando éste obtenía algún *insight* en el problema, *le sugería que se mostrara activo en su vida personal* ahora que ya tenía tal conocimiento”.

- En la psicoterapia breve se *evita la prolongación de los silencios* no sólo porque incrementan la ansiedad y la regresión consiguiente sino porque se trata de utilizar operativamente todo el tiempo disponible. Los silencios prolongados *del terapeuta* pueden provocar hostilidad transferencial debido a la frustración ocasionada.
- *Las manifestaciones preverbales del terapeuta* cobran gran significación ante la posición frente a frente de terapeuta y paciente. Hay que tener en cuenta la repercusión de sus gestos y de su actitud corporal en el paciente, si se pretende propiciar la producción de una *alianza terapéutica*. Wolber recomienda que el terapeuta dé “juego a su expresión facial”. Está claro que estas aportaciones al proceso del tratamiento, *expresiones terapéuticas del terapeuta*, como son la *mirada atenta* y los *gestos que revelan interés* por el relato del paciente, serán beneficiosas en tanto sean espontáneas y no estudiadas.

Una regla básica de funcionamiento en psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

En la técnica psicoanalítica Freud instituyó el método de la *asociación libre*, por el cual el paciente debe comunicar al analista sus ocurrencias, es decir todos los pensamientos que acudan a su mente, sin restricción alguna. La libre asociación es, junto con los sueños y actos fallidos, una vía facilitadora del acceso al inconsciente, y al regir de modo prácticamente ininterrumpido a lo largo de la p.p., configura lo que Freud dio en llamar “*la regla fundamental*”.

En las terapias de tiempo y objetivos limitados surgen varios interrogantes relacionados con este tema:

- ¿Cuál debe ser la regla de funcionamiento para el paciente? ¿Qué papel ha de caberle al procedimiento de la libre asociación? ¿Se le debe dejar de lado o es necesario emplearlo?
- En la revisión de obras más destacadas de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica se ha encontrado que, pese a su importancia, o se ha omitido toda referencia a la regla de la asociación libre o, a lo sumo, se registran algunos puntos de vista en torno a la misma – por lo común en el sentido de no utilizarla-. Por regla general, la falta material de tiempo no permite emplear los recursos tradicionales de *libre asociación*, pasividad y anonimato.

- Lo natural y lógico para el paciente es tener que hablar ante el terapeuta fundamentalmente de sus síntomas y situaciones conflictivas. Si la norma fundamental que demos se basa en esta premisa, la comunicación se verá por lo general facilitada, generándose un menor monto de ansiedad paranoide que con “la regla fundamental”. Por tanto, podremos así dedicarnos de manera selectiva a sus padecimientos actuales, los que habrán de convertirse en el tema primordial en la terapia (focalización).
- Por los motivos expuestos se suele formular una *consigna de trabajo* a los pacientes, antes de comenzar el tratamiento breve, que consiste en lo siguiente: se les aclara que podrán hablar de lo que deseen, pero que en principio *convendrá que se refieran preferentemente a todo aquello que supongan guarda alguna relación con los problemas que hemos convenido abordar* (podrá tratarse tanto de relatos acerca de hechos actuales de la vida de ellos, como de recuerdos, pensamientos variados, fantasías, vivencias y sueños).
- ¿Se habrá de desechar casi por completo la asociación libre en terapias breves? Se piensa que no. Se puede apelar a este método en determinadas circunstancias. Se ha observado de manera aislada que en determinados tratamientos ha resultado de suma utilidad, ante la emergencia de cierto material que impresionaba como significativo y sobre todo al poder suponerse que estaba ligado con la estructura focal (pudiendo ser relativo a un sueño, a la aparición de un determinado síntoma, sentimiento, fantasía, acto fallido, etc.). El proceder en ese momento era invitar al paciente a que comunique las ocurrencias que iban surgiendo en él a partir de ese material. Esta instrumentación selectiva del método de la asociación libre permite su aprovechamiento, ya que es posible ejercer cierto control de los efectos regresivos que pudiese provocar su empleo, a diferencia de lo que resultaría de su utilización de un modo constante.

Sobre la focalización y atención del terapeuta.

Se ha dicho que en la terapia focal el terapeuta debe emplear una *atención selectiva*, en virtud de la cual tiende a conservar mentalmente un foco (según Malan, la interpretación central en torno a la que debe girar todo el tratamiento). Es por ello que:

- Al mismo tiempo el terapeuta se concentra con preferencia en el material que aparece más directamente ligado con la problemática focal, conduce al paciente al foco a través de la labor interpretativa y descarta el material alejado de él; dicho estado de *atención selectiva* parece, ciertamente, el opuesto al de *atención flotante*, recomendado por Freud (según el cual el analista debe escuchar al analizado evitando en lo posible privilegiar aspecto alguno del material, es decir, sin focalizar su atención, siendo sus fines poder descubrir en éste las conexiones inconscientes).
- Se considera que el empleo de la *atención selectiva* en la psicoterapia breve de ninguna manera debe implicar la ausencia total de *atención flotante* por parte del

terapeuta. Pues resulta de gran utilidad en muchos momentos recuperar la *atención flotante*, que al verse inevitablemente interferida de manera parcial por la necesidad estratégica de la focalización, de planificación y de un papel activo del terapeuta (lo está en una posición cara a cara, que hace más difícil mantenerla), no debe quedar por ello anulada a lo largo del proceso terapéutico. Por tanto es factible, pues, valerse de ella, para facilitar el ahondamiento en la misma conflictiva focal, y aun para la producción de interpretaciones focalizadas, a partir de la aportación que brindan las ocurrencias espontáneas del terapeuta frente al material *focal* del paciente.

- De no emplearse la *atención flotante*, el tratamiento breve corre el riesgo de reducirse automática y exclusivamente a una terapia *de lo preconsciente*, pudiendo estereotiparse el intercambio verbal terapeuta-paciente y empobrecerse el procedimiento en sus posibilidades terapéuticas. Si se prescinde por completo de la atención flotante, así como de la asociación libre, la comunicación terapéutica no sería en momento alguno *de inconsciente a inconsciente*, como se procura que lo sea en el tratamiento psicoanalítico, el cual se sustenta en la *asociación libre* del paciente y su contrapartida en el analista, la *atención flotante*.
- La *atención flotante* del terapeuta, *flexiblemente utilizada* en psicoterapia breve, no produce consecuencias desfavorables para el tratamiento, sino todo lo contrario. Mientras se retorne periódicamente, cuando sea necesario, a la *atención selectiva* e implementemos los resultados de la atención flotante para generar intervenciones focalizadas, nada arriesgaremos.
- Desde esta perspectiva se llega a la propuesta del uso por el terapeuta de una combinación *sucesiva*, operativa y flexible entre momentos de *atención flotante*, seguidos de momentos de *atención más selectiva*, los que alternan de acuerdo con las vicisitudes de la comunicación terapéutica, aunque siempre se dé, en definitiva, un retorno al estado de *atención selectiva focal*.

Elementos psicoterapéuticos verbales

En psicoterapia breve las intervenciones verbales del terapeuta deben reunir tres condiciones básicas:

- Mantener cierta *coherencia interna*. Lo cual quiere decir que desde un punto de vista dinámico no es admisible que hayan contradicciones en el empleo de las distintas intervenciones del terapeuta, sino que éstas deben responder a una estrategia elaborada de acuerdo con las necesidades de cada caso. Ejemplo, sería inaceptable que hubiese intervenciones tendentes a desalentar la regresión y les sucedieran otras que en cambio las favorezcan.
- Constar de *una proporción elevada de intervenciones no interpretativas*. Los señalamientos, preguntas y comentarios que estimulan el intercambio verbal han de emplearse con una frecuencia mayor que en la p.p. tradicional con el fin de contrarrestar los efectos de estimulación de la dependencia que en un uso casi

exclusivo de interpretaciones pudiese traer aparejados. Se considera que, de este modo, ha de reafirmarse una relación terapeuta-paciente en términos de realidad y de una menor asimetría. Por otra parte, apelar con frecuencia a intervenciones no interpretativas constituye una clara expresión del papel activo y focalizador del psicoterapeuta en este tipo de terapias.

- Estar *focalizadas*. Las intervenciones, interpretativas o no, deberán estar de preferencia focalizadas, es decir, dirigidas selectivamente a la problemática focal. De esta manera son también *focalizadoras* en sus efectos, ya que estimulan la aportación por parte del paciente de material relacionado con el foco. Una premisa esencial de estas terapias es centralizar la labor terapéutica en problemas vitales y actuales del paciente y no abrir en él otras brechas.

Las interpretaciones en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

En primer lugar puede plantearse qué lugar, en orden de importancia, corresponde a la *interpretación* como instrumento terapéutico en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Pasamos a ver opiniones de diversos autores al respecto:

- La *interpretación*, parece debe ser considerada la *herramienta fundamental*, pues el objetivo principal sigue siendo la búsqueda de *insight* en el paciente. No obstante, si aceptamos las ideas de Rogers de que toda interpretación, sea o no “transferencial” favorece el establecimiento de una relación acentuadamente dependiente del paciente respecto del terapeuta, parece conveniente que en psicoterapia breve las interpretaciones, sin dejar de ser, como en psicoanálisis, el elemento terapéutico esencial, alternen en mayor medida con otros tipos de intervenciones verbales (señalamientos, preguntas, sugerencias, etc.) capaces de reubicar una y otra vez al paciente en su condición de adulto y en una relación menos asimétrica con el terapeuta. En una palabra, es deseable que el tratamiento no se reduzca a un empleo sostenido o exclusivo de interpretaciones, al ser éstas inductoras de la dependencia regresiva.
- En cuanto a su *profundidad*, debe estar limitada por las mismas características del encuadre. Por ejemplo, el número de sesiones semanales relativamente reducido y, el corto plazo para el tratamiento, dificulta ejercer el control de las ansiedades que sufre el paciente por efecto de las interpretaciones. Además, las interpretaciones “profundas” pueden inducir a estados regresivos de cierta consideración, asimismo, producir reacciones desfavorables por incremento de las resistencias. La labor interpretativa en la psicoterapia breve de *insight* se halla limitada en comparación con la que tiene lugar en la p. p. Podríamos decir que lo está tanto en superficie (al ser focalizada) como en profundidad (al no abarcar ciertos aspectos de los conflictos centrales del tratamiento, sobre todo los que se hallan ligados con contenidos muy reprimidos).
- Otro tipo de intervenciones son las *interpretaciones extratransferenciales* en la

terapéutica breve, las que en la técnica psicoanalítica no suelen tomarse muy en cuenta o directamente son desestimadas. Sin embargo, pueden configurar un recurso válido, usual e importante en el quehacer interpretativo. Ello obedece a que en materia de terapias breves debemos dedicarnos a la tarea de resolver problemas actuales de la realidad externa del paciente mediante el análisis y búsqueda de *insight* de la naturaleza de las situaciones conflictivas que presentan *sus transferencias*, desarrolladas con las personas con que se relaciona en su vida diaria (cónyuge, hijos, padres, jefes, etc.).

- Por otra parte, dado el encuadre de la psicoterapia breve y cómo los mecanismos terapéuticos no consisten en el desarrollo y elaboración de la neurosis transferencial; la labor terapéutica no tiene por qué concentrarse entonces en el análisis exhaustivo de la relación terapéutica – que podría propiciar el desarrollo de la neurosis de transferencia- , por lo que se acude en cambio a interpretaciones que la develen y clarifiquen parcialmente *solo en determinadas circunstancias* que así lo aconsejen. Es por ello que se sugiere, según autores, “desviar la transferencia”, es decir, los problemas a tratar, hacia una figura importante para el paciente en vez de concentrar la actividad en la relación terapeuta-paciente. Aunque otros autores en lugar de “desviar” hablan de *jerarquizar* otras transferencias preexistentes del paciente, en función, primeramente, de su real significación en su vida, y en segundo lugar, del encuadre y las finalidades del proceso terapéutico breve.

En consecuencia, como en una terapia breve suele darse un predominio de las mal llamadas interpretaciones “extratransferenciales” sobre las “transferenciales”, la tarea interpretativa se diferencia claramente de la del tratamiento psicoanalítico, en el cual prevalecen las segundas.

- Respecto a *la interpretación de los sueños*, en psicoterapia breve no hay unidad de criterio respecto a si deben o no formularse interpretaciones del material onírico de los pacientes. El interpretar los sueños de modo tal como se hace en el p.p., entrañaría un riesgo básico, la posibilidad de estimular excesivamente la producción de fenómenos regresivos en el paciente. No obstante, no parece conveniente rechazar un material tan apropiado para el conocimiento del inconsciente tal es la interpretación onírica, la cual es una vía valiosísima para detectar el punto de urgencia. Aunque habrá de tomarse determinadas precauciones para controlar la regresión que pudiera generarse. Por lo cual, frente a los sueños el terapeuta debe asumir la misma actitud que ante cualquier otro producto de la actividad psíquica (actos fallidos, fantasías, etc.), es decir, interpretar en la medida en que lo considere útil, teniendo presente cuándo, qué y cómo interpretar.
- *Cuando interpretar los sueños*: cuando el material onírico sirva para clarificar la problemática focal. Hay sueños que desde su contenido manifiesto y por su relación con el contexto sugieren *a priori* su vinculación con el foco.
- *Qué interpretar de los sueños*: lo que implica conducir al paciente a tomar contacto con el conflicto central del tratamiento y reubicarlo así en la realidad de su vida cotidiana, reduciendo al mínimo la inducción de fenómenos regresivos. Por lo general se ha de evitar referir las interpretaciones a los deseos infantiles

inconscientes, para remitirnos en cambio sólo a las ideas latentes preconscientes. Por otra parte, siempre dentro de lo pertinente al conflicto a resolver, deberán interpretarse más que nada *aquellos contenidos que parecen más claros para el paciente*, pues la limitación de tiempo permite introducirlo sólo hasta cierto punto en los significados de los mecanismos oníricos.

- *Cómo interpretar*: atenderemos dos cuestiones, una referente al *método* de análisis de los sueños y otra al *contenido* de las interpretaciones formuladas al paciente. Los recursos para analizar los sueños son en esencia los del psicoanálisis, incluyendo el auxilio dado por las asociaciones libres del paciente, a quien se le puede pedir asociaciones a partir de los distintos elementos, tal como se hace en la p.p. En cuanto a la tarea interpretativa se efectuará siguiendo las normas señaladas para la interpretación en la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada, en lo que concierne a la focalización y a la transferencia.
- *Otras intervenciones verbales* son aquellas con las que el terapeuta cuenta además de las interpretaciones, o sea, otros instrumentos para la psicoterapia verbal. Entre los más destacables cabe citar:
 - + Los *señalamientos*, necesarios en toda terapia de *insight* para facilitar la labor interpretativa. Son formas de esclarecer que tienden fundamentalmente a mostrar al paciente hechos o relaciones entre los eventos que habrían pasado inadvertidos para él. Son generalmente fruto del hallazgo, por parte del psicoterapeuta, de contradicciones que aparecen durante el relato o por la conducta gestual del paciente. Suelen llamar la atención por oponerse a la lógica que venían suministrando hasta ese momento los datos obtenidos.
 - + Las *preguntas* las cuales tienen cabida no sólo en la etapa diagnóstica sino también durante el tratamiento propiamente dicho, a fin de obtener diversos datos acerca del paciente que surgen necesarios en la marcha. Demuestran el papel activo que desempeña el terapeuta, y revelan un terapeuta no omnipotente e interesado en el paciente.
 - + El *suministro de información* mediante el cual se le brinda información al paciente acerca de ciertos temas, buscando le sea beneficioso al paciente y la terapia.
 - + Las *sugerencias*. Son de diversa índole. Por ejemplo desde estimular al paciente fóbico, en un momento dado del proceso terapéutico, a que se enfrente con las situaciones temidas.
 - + Los *comentarios*, que se realizan esencialmente con el propósito de fomentar el intercambio verbal.
 - + Las *intervenciones de reaseguramiento o refuerzo*. Se trata con ello lograr el fortalecimiento y activación de funciones yoicas del paciente.
 - + Las *indicaciones*. Por ejemplo, la prescripción de un psicofármaco.
 - + Los *consejos*. De uso muy esporádico, excepto cuando se trata de una técnica de apoyo emocional.

Sobre las sesiones

Respecto a la *frecuencia* de las sesiones, diremos:

- En general, es conveniente adecuarse a las necesidades *de cada caso en particular*. Sin embargo, en la mayoría de los casos, dos sesiones semanales es un número apropiado para una psicoterapia breve de *insight*, pues a la vez que posibilita una tarea de cierta profundización, restringe las perspectivas de regresión y dependencia, que podrían verse acrecentadas con un mayor número de sesiones. En ocasiones puede bastar con una sesión por semana.
- Para facilitar la separación al terminar el tratamiento, a veces puede ser útil ir reduciendo de un modo gradual la frecuencia de las sesiones (siempre que el estado del paciente lo permita).

Una mayor frecuencia puede ser conveniente, al menos en un comienzo de la terapia, en casos tales como:

- *Situaciones de crisis muy intensas*, que transcurren con gran depresión, excitación psicomotriz, etc. En depresiones intensas y agudas, por ejemplo, con gran necesidad de suministros narcisistas, dada la disminución de la autoestima. Se intentará así lograr un rápido alivio sintomático que estimule a su vez la confianza del paciente en sus posibilidades de de mejoría.
- *Pacientes con marcadas tendencias al acting out*. Para prevenir y frenar los actings, suele ser recomendable una frecuencia de más de dos sesiones semanales a la par que interpretar las fantasías transferenciales que pudiesen estar presentes.
- Respecto a la *duración de las sesiones*, puede también variar de acuerdo con las circunstancias. Una sesión de cuarenta minutos de duración parece resultar adecuada.

La participación de familiares y/o allegados del paciente en el tratamiento.

A menudo es necesario incluir en el proceso terapéutico breve a personas vinculadas con el paciente, lo que podrá tener lugar, ya en la fase diagnóstica-pronóstica, ya en la búsqueda de objetivos comunes, en la terapéutica y/o en la evaluación de resultados. Las metas que se persiguen con esta conducta son:

- *Obtener información*. Resulta beneficioso entrevistar a familiares y/o allegados del paciente y conocer sus impresiones sobre él.
- *Informar sobre el estado del paciente*, para lograr que sus familiares o allegados asuman la responsabilidad del tratamiento en los casos en que esto sea necesario.
- *Actuar terapéuticamente sobre el medio que rodea al enfermo*. Esto podrá

realizarse a través de entrevistas de orientación y además, si fuera menester, de una psicoterapia a cargo del mismo terapeuta que lleva a cabo el tratamiento del paciente o de otro, con o sin inclusión del paciente en el tratamiento grupal, todo esto de acuerdo con los criterios predominantes en cada caso.

La Terapia de Interacción Recíproca, breves señas identificatorias.

La Terapia de Interacción Recíproca (TIR en lo sucesivo) es una *psicoterapia individual breve y de objetivos limitados* que utiliza conceptos y fundamentos de las psicoterapias psicoanalíticas, sin excluir cuanto aportan las terapias cognitivas, estratégicas, sistémicas e interpersonales. Es por lo tanto *una terapia integradora o ecléctica* con unas características propias en lo tocante a sus fundamentos teóricos y práctica clínica (R. Aguado, pág. 13).

La TIR *utiliza como instrumento terapéutico la hipnosis*, es decir, *induce de forma habitual estados hipnóticos en el paciente* (R. Aguado, 2005), porque el estado hipnótico facilita los cambios terapéuticos, hace al paciente más receptivo y facilita la aparición de un *vínculo singular* entre terapeuta y paciente. Barber (2000) califica la experiencia entre el clínico que ofrece la sugestión y el paciente que la recibe como “insólita”, y culmina diciendo “...la persona que está siendo hipnotizada experimenta un tipo de transferencia. Esto engloba los sentimientos y, hasta cierto punto, los actos que la persona tuvo con quien le cuidó en una etapa temprana de su vida. De hecho, puede ser que esa cualidad transferencial de la experiencia hipnótica constituya un factor determinante en la eficacia clínica”.

A parte de lo dicho, esta *relación o vínculo* que se establece entre terapeuta y cliente en la inducción hipnótica es, por sí solo, *terapéutica*. Pues, en el peor de los casos, en hipnosis la relajación mental y corporal es una característica general que sienta bien a los clientes, altera de forma relevante su experiencia de sí mismos y, a veces, puede llegar a convencerles de que han sido hipnotizados. No obstante, serán los contenidos verbales, cognitivos, emocionales o motivacionales los que nos llevarán a la eficacia terapéutica tal como ocurre en las psicoterapias psicoanalíticas y con otros distintos modelos terapéuticos. Lo distintivo, pues, de la TIR es la aparición de una *interacción recíproca* entre el paciente y el psicoterapeuta difícil de obtener si no se encuentra el paciente en estado hipnótico (R. Aguado, 2005).

Diseñada para *una psicoterapia con un solo paciente y un solo terapeuta*, la TIR pone límites a la interacción con la familia, la cual es entrevistada en la fase de análisis o evaluación y, posteriormente, el *terapeuta-tutor* del paciente no mantendrá contacto con esa familia. Se asegura así que el *vínculo terapeuta-paciente* no sufra interferencia de tipo alguno. La familia dispondrá de otro psicoterapeuta que, en todo momento, la informará y contendrá todas las angustias propias de este tipo de procesos.

La TIR se ocupa de lo relacional y de las normas que dirigen la interacción del sujeto con el mundo en el aquí y ahora (R. Aguado, 2005). El “aquí y ahora” se refiere a los acontecimientos que se están produciendo en la sesión psicoterapéutica, lo que ocurre aquí (en el despacho terapéutico, en esta sesión, en esta relación particular entre paciente y clínico) y ahora (en este tiempo que compartimos de esta sesión inmediata), sin negar la importancia de los acontecimientos de la vida exterior del paciente. En esta situación el *psicoterapeuta se mostrará activo*, aunque esta actividad se orientará sobre todo a ejercer su *influencia personal* la que determina su operatividad y no sólo referida a sus intervenciones en la consulta. La autoimagen de la persona se formula en gran medida apoyada en las valoraciones reflejadas que percibimos en los ojos de las personas importantes de nuestra vida (I. D. Yalom, 2003). Es por ello que el psicoterapeuta tratará de allanar los obstáculos que imposibilitan las relaciones satisfactorias del paciente con el mundo exterior y también entre ambos.

Resumiendo, el usar el “aquí y ahora” equivale a tener presente que los problemas humanos son en gran medida relacionales y por lo tanto los problemas interpersonales de un individuo terminarán por manifestarse en el “aquí y ahora” del encuentro psicoterapéutico y sobre ellos se trabajará. El *silencio* y la *pasividad* es una forma de activar y movilizar las respuestas en el paciente. Utilizar el *silencio* es una forma de incidir en la actividad de éste. Para lograr que el paciente pueda hablar y llegue a relacionarse, el terapeuta tendrá que *escuchar*, la *escucha* es una forma de actividad del psicoterapeuta. El clínico debe, en lo posible, vincular el *silencio* al concepto de *admiración*. La *admiración* del psicoterapeuta por el paciente es una posición propia del clínico en el “aquí y ahora”, es una posición de actividad, con ella el psicoterapeuta se aproxima al paciente, toma contacto con elementos relacionales que éste no advierte de sí mismo, buscando cambiar la visión negativa o perjudicial del paciente y marcar una nueva orientación o forma en que el paciente debe observarse. El objetivo es conseguir que el paciente también pueda admirarse.

La *relación psicoterapeuta-paciente* debe sustentarse en la identificación por parte del paciente del terapeuta como figura de *autoridad*. Al mismo tiempo que el psicoterapeuta aportará a la relación *respeto, seguridad y confianza plena* para que el paciente se sienta aceptado de forma positiva e incondicional.

La *vinculación terapeuta-paciente* que se establece en la TIR es de forma *asimétrica*, la cual es necesaria prácticamente en todo el proceso terapéutico.

El cambio psicoterapéutico en la TIR se elabora a través del *vínculo terapeuta-paciente*.

La terapia comienza con esa interacción *asimétrica* entre paciente y psicoterapeuta (ahora *persona referencial básica secundaria*) hasta que se produce el cambio (*momento terapéutico de inflexión*). El paciente, llegado el momento, romperá el signo de *asimetría* que tuvo en el pasado con su *persona referencial básica* y a partir

de este momento se *dará a sí mismo permiso para poder imaginar lo que desea y posteriormente realizarlo.*

El paciente consigue interiorizar un nuevo *autoconcepto* en el que se encuentra la confianza de su *persona referencial básica*.

Fundamental para la terapia es *la adaptación tanto del paciente como del clínico al proceso psicoterapéutico*, y dos son los mecanismos: *asimilación* y *acomodación*. Es necesario que el paciente acepte su condición de enfermo y que el conflicto psíquico, por lo tanto, sea aceptado por ambas partes, toda asimilación del conflicto supone al mismo tiempo una acomodación a él.

Con la *observación y escucha* del paciente el psicoterapeuta aprende a reconocer qué emociones y qué impresiones transmite aquél en su discurso. Dice J. L. Marín: “*Si escuchamos al paciente, éste nos dice todo lo que le ocurre cuando habla, aunque no sea advertido por él, ni lo refiera con sus palabras*”. Con todo lo adquirido el psicoterapeuta elabora una teoría sobre la forma que tiene el paciente de entender la realidad de segundo orden, hace diferenciaciones entre *significante* y *significado*, entre *aquello que es* y el significado *que le atribuye a la realidad con la que convive*. Ayudado por la hipnosis el paciente activa su “mente inconsciente” y percibe contenidos del inconsciente, permitiendo al psicoterapeuta que funcione como su propia conciencia. La dificultad está según John Grinder en escuchar a un paciente en estado no hipnótico. Sin embargo, en estado hipnótico es como escuchar una grabación, donde se puede rebobinar, parar y reproducir..., es en definitiva mucho más sencillo escucharle.

Si en el psicoanálisis el psicoterapeuta se coloca en *atención latente* para desde ese estado escuchar al inconsciente del paciente y comprender cuanto este manifiesta a través de la *asociación libre*, en la TIR el psicoterapeuta escucha el lenguaje del paciente hipnotizado en el que se inserta el contenido inconsciente y éste le deja que funcione como su propia conciencia y realice las funciones habituales de ésta (análisis, crítica, poner nombre, entender, comprender, etc.) interpretando la realidad desde otro ángulo más adaptado y saludable.

Lo que se establece en el psicoanálisis a través de la *asociación libre* del paciente y la *escucha latente* del terapeuta es una comunicación de inconsciente a inconsciente. Sin embargo con la hipnosis todo esto se logra directamente. Al estar hipnotizado, el paciente se instala en su inconsciente. Allí obtiene información directa de sus emociones, deseos, conflictos y hechos traumáticos, que él mismo traduce a su mente racional y analítica. Pues, sólo con estar hipnotizado la información inconsciente ha pasado al consciente del sujeto salvando la censura. Tal vez la mente consciente (hemisferio dominante) no lo entienda cognitivamente, pero lo ha sentido y lo ha percibido, lo ha llorado o lo ha reído, y si le ayudamos, lo ha estructurado o desestructurado. Como agrega R. Aguado a esto se *añade la importancia de la relación (o vínculo) que se establece entre hipnotizado e hipnotizador repleta de comunicaciones tácitas, no verbales, ni propias de la lógica analítico-lingüística y sí*

de lógica simbólica holística y emocional. Es decir, si sabemos interpretar el lenguaje del hemisferio no dominante, si sabemos como relacionarnos con él, la terapia será más eficaz y rápida, sobre todo más eficaz.

La TIR *no acopla el paciente al modelo, sino el modelo al paciente.* Esto quiere decir que dependiendo del perfil del paciente y del problema que se esté tratando, puede emplear técnicas psicoanalíticas, cognitivas, estratégicas, interpersonales o sistémicas, etc., en el principio, mitad o final de la terapia.

La terapia estará siempre dirigida por un *terapeuta-tutor* que se podrá servir de otros especialistas para poner en práctica una técnica específica o elemento terapéutico puntual.

La TIR es totalmente compatible con la medicación psiquiátrica. Se emplea la relación terapéutica como apoyo para tolerar el tratamiento farmacológico en los primeros momentos.

La TIR diferencia *motivo de consulta* del concepto *conflicto básico*.

La intervención del psicoterapeuta de la TIR es simultánea en el *problema concreto* y en el *conflicto básico*. Estudia la relación *paciente* con la *figura referencial básica*, pues generalmente es en esta relación donde se adquieren los primeros *esquemas emocionales* y el *autoconcepto*.

La TIR es una *terapia generativa*. No gasta energía en reparar eventos pasados o sucesos traumáticos. La TIR intenta *generar en el paciente un estado de interacción con su entorno que le impulse, por sí mismo, a una mejor adaptación con la realidad actual y el presente.*

La TIR admite y diferencia dos sistemas de representación de la realidad enmarcados en dos sistemas neurológicos distintos, los cuales se corresponden con los dos hemisferios cerebrales y van a representar a *la mente inconsciente* y *consciente*.

La Influencia del Encuadre Psicoanalítico en la Terapia de Interacción Recíproca.

La Terapia de Interacción Recíproca como todas las psicoterapias de duración breve y objetivos limitados tiene como fuente principal el Psicoanálisis.

El elemento clave de la TIR la **hipnosis** guarda una clara correspondencia con la *asociación libre* respecto al conocimiento de los contenidos del *inconsciente*.

La TIR asume como muy importantes cuatro puntos clave de Lacan, propiamente psicoanalíticos:

1º. La diferencia entre significado y significante. Con ello marca la diferencia entre *aquello que es* y el *significado que le damos*. Diferenciamos la imagen de la realidad que percibimos por los sentidos (*realidad de primer orden*) del *significado que atribuimos a estas percepciones* (*realidad de segundo orden*). Y apreciamos que el lenguaje hipnótico, como lenguaje del inconsciente, es un lenguaje que salva los significados de los lenguajes verbales y se amolda perfectamente a través de las metáforas y las analogías a las diferencias culturales.

2º. En el lenguaje aparece insertado contenido inconsciente. “Si escuchamos al paciente, éste nos dice todo lo que le ocurre cuando habla, aunque no sea advertido por él, ni lo refiera con sus palabras”. Si escuchamos al paciente en estado hipnótico nos parece más fácil comprenderle. En estado hipnótico se establece una relación especial con el hipnotizado, *un vínculo* que por sí es terapéutico. Un *vínculo* en el que las palabras quedan en un segundo plano y se establece una comunicación emocional mucho más rica y diferente de cualquier otro tipo de relación humana.

También, la comunicación que se establece en el psicoanálisis a través de la *asociación libre* del paciente y la escucha en *atención latente* del terapeuta, es una comunicación especial de *inconsciente a inconsciente*.

En la TIR se ha de lograr un vínculo terapeuta-paciente basado en la confianza y el respeto hacia el paciente, el cual llega a colocar en el terapeuta los sentimientos y emociones que rodean sus problemas o situaciones para él esenciales en su vida. Igualmente esto sucede en la psicoterapia psicoanalítica.

En toda práctica terapéutica (sea cual sea el modelo) también se transmiten y tratan emociones. Pero en psicoterapia, en la relación terapeuta-paciente hay una serie de movimientos emocionales: *el paciente transmite emociones al terapeuta que denominamos transferencia* (donde inconscientemente el terapeuta pasa a ser considerado una persona referencial básica). De igual forma *el terapeuta también transmite emociones al paciente* (contratransferencia). Pues bien, en consulta se ha de conseguir que el paciente deposite sus emociones reprimidas (y las que afecten al conflicto básico), y nazca así *la relación vincular terapeuta-paciente*.

3º. La duración de la terapia debe diseñarse a medida. En psicoterapia psicoanalítica se suele fijar con el paciente un tiempo en torno a los 45 o 50 minutos por sesión. En la TIR las sesiones con hipnosis no suelen durar más de 30 minutos y se suelen tener menor número de sesiones que en la psicoterapia clásica. La TIR hace diferencias entre tiempo lógico y cronológico (siguiendo a J. Lacan) y sugiere fijar con el paciente *un tiempo lógico* en el que, teniendo en cuenta el perfil del paciente y lo tratado en esa sesión, la duración de la consulta pueda variar de una vez a otra. Es decir en la TIR no hay sesiones con tiempo preestablecido concreto.

4º. En estado hipnótico la mente inconsciente es la que recibe la comunicación terapéutica. En hipnosis la *mente inconsciente* no nos coloca tantas *resistencias* y *censuras* como lo hace la *mente consciente* que, en tal estado, está constantemente emitiendo juicios de valor. La *mente inconsciente* no pone restricciones, es ilimitada en su sistema de valores y puede instalar esta información sin necesidad de dar sentido intelectual, moral y formal a las cosas. Tal es así, que será a la parte más afectada por nuestros problemas mentales (*esquema emocional*) a la que nos dirigiremos en estado hipnótico. La hipnosis será el instrumento que nos llevará a contactar con el *inconsciente*.

Pues bien, un elemento favorecedor del contacto con el *inconsciente* es el **encuadre**. La figura de autoridad del terapeuta, el paciente en el diván, el silencio, la escucha neutral, el terapeuta situado fuera de la vista del paciente, las escasas palabras del clínico y, el paciente hablando de cuanto acude a su mente, imaginando, movilizand o sentimientos y emociones, regresando cada vez más atrás..., es posible que hagan perder la noción del tiempo e incluso la de estar tumbado en un diván... Todas estas variables ya hemos visto como influyen en la PIBOL y como gran parte de las mismas ejercen su influencia de una u otra manera en el desarrollo de cualquier tipo de psicoterapia de duración breve y objetivos limitados como es la TIR.

Por otro lado, en estado hipnótico el terapeuta recibe información directa del mundo inconsciente, mientras que el psicoanálisis la obtiene de los sueños, de los lapsus, en la lógica de los chistes, actos fallidos, etc., y de cuanto aporta las asociaciones. ¿Pero quién puede afirmar que asociar tumbado en un diván no es una forma de entrar en estado hipnótico?

Algo hay en común, tanto el Psicoanálisis como la TIR tienen un mismo objetivo para la cura, el contactar con el *inconsciente*.

En el psicoanálisis el clínico en la sesión se mantenía en *atención flotante*, es decir, más receptivo al *inconsciente*, con la atención dirigida a los *procesos primarios* y demás formaciones del *inconsciente*, no selectiva, propia de un estado de comunicación de *inconsciente a inconsciente*. Al tiempo, el psicoanalista interpretaba y reestructuraba, traducía a lenguaje racional lo descifrado del inconsciente y lo ofrecía en el momento oportuno al paciente, al cual calma, contiene, racionaliza o comunica significados. A la vez que el analizado bucea a través de la introspección por el inconsciente y va descubriendo el sentido de sus emociones, símbolos, deseos reprimidos, etc.

En tanto, en la TIR, el terapeuta llega al *inconsciente* por una vía más directa, la hipnosis. Al ser hipnotizado el paciente se instala en el inconsciente, y desde allí obtiene información directa de sus emociones, deseos, conflictos y hechos traumáticos, etc. Con la hipnosis se logra que, en el hipnotizado, la información *inconsciente* pase al *consciente* del sujeto salvando la censura. Tal vez este hemisferio dominante no entienda cognitivamente los que se le comunica, pero lo ha

sentido y lo ha percibido, e incluso puede que lo haya reestructurado o desestructurado y, *entre tanto esto sucede el terapeuta le observa, escolta y traslada su forma de ver las cosas.*

Otro punto de interés es ver como la TIR basa su argumentación teórica en tres supuestos básicos con los que explica la adquisición de los trastornos que necesitan psicoterapia, así como la posterior manera de tratarlos de forma eficaz.

Estos supuestos giran en torno a *deseos no satisfechos o dificultades para realizarlos* (deseos para los que el sujeto tiene aptitudes y capacidades), lo cual le produce una frustración tal que le impide una relación saludable tanto desde el aspecto biológico, cognitivo, conductual e interpersonal.

En la psicoterapia psicoanalítica estos *deseos* son recogidos en la *formulación diagnóstica* y forman parte de aspectos que determinan la Fortaleza del Yo.

Los supuestos mencionados son:

1º. “Solo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado”. Tras este supuesto la persona referencial básica (madre, padre o equivalente) tiene una función especial. De la interacción con la persona referencial se infiere el segundo supuesto.

2º. “Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestra persona referencial básica debe haber imaginado que podemos lograr realizar lo que deseamos”.

3º. “La psicoterapia puede ser un equivalente de la relación con el personaje básico. El terapeuta ayudará a cambiar el *esquema emocional primitivo* fruto de la interacción primaria, liberando al paciente de su incapacidad para poder imaginar aquello que desea y posteriormente realizar dicho deseo, pero esta vez con la sensación de tener la confianza de su figura básica, en este caso secundaria”. Lograr este supuesto en la TIR es llegar al *momento terapéutico de inflexión*, y lograr el equivalente a lo expuesto en la resolución del conflicto psíquico dentro de la terapia psicoanalítica es haber conseguido el *insight* el paciente y estar encaminando sus pasos hacia la elaboración. Suele ocurrir acompañado de una situación de crisis en la que el paciente verbaliza encontrarse peor. Y, a partir de aquí el paciente percibe y valora de modo diferente sus posibles recursos y se siente motor de su propia realidad.

Aunque, a diferencia de la TIR, en el *modelo psicoanalítico* se relacionan los trastornos mentales con conflictos iniciados en el proceso del desarrollo psicosexual del niño, entre otros, y en el mismo la relación de los padres es fundamental. Desde esta posición, el psicoanalista desde la *contratransferencia* realiza la labor de apoyo al paciente para que pueda tener su segunda oportunidad. Por otro lado, en la psicoterapia psicoanalítica el paciente también introyecta al terapeuta como una persona referencial y le da su confianza, y es así porque al igual que en la TIR el paciente ha recibido la comprensión, aceptación total, apoyo a sus aspiraciones, etc., viendo en el clínico a la autoridad benévola y la imagen paterna (Coderch).

BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO, R.: "Manual práctico de terapia de interacción recíproca. Hipnosis clínica en la psicopatología". SINTESIS. Madrid, 2005.
- BLEICHMAR, H.: "Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas". PAIDÓS, Barcelona, 1995.
- BRAIER, E.A.: "Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica". NUEVA VISIÓN. Buenos Aires, 1992.
- CODERCH, J.: "Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica". HERDER. Barcelona, 1990, y "La interpretación en psicoanálisis". HERDER. Barcelona, 1995.
- CHAWKI AZOURI.: "El psicoanálisis". ACENTO EDITORIAL. Madrid, 1995.
- ETCHEGOYEN, R.H.: "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica". AMORRORTU. Buenos Aires, 2002.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRIGUEZ VEGA, B.: "La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas". DESCLÉE BROUWER, Bilbao, 2001.
- KENBERG, O.: "La trascendencia de la enseñanza y de la práctica de la psicoterapia psicoanalítica". XXXI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Nueva York, 1979.
- KESSELMAN, H.: "Psicoterapia Breve". FUNDAMENTOS. Madrid, 1985.
- LAGACHE, D.: "El psicoanálisis". PAIDÓS. Buenos Aires, 1979.
- LAPLANCHE, J., y PONTALIS, J. B.: "Diccionario de Psicoanálisis". LABOR. Barcelona, 1971.
- MANNONI, O.: "Freud. El descubrimiento del inconsciente". NUEVA VISIÓN. Buenos Aires, 1977.
- NARDONE, G., y WATZLAWICK, P.: "Terapia breve: Filosofía y Arte". HERDER. Barcelona, 2003.
- SUNYER MARTIN, J. M.: "Orientación psicológica grupoanalista". BIBLIOTECA NUEVA. Madrid, 2005.
- YALOM, I. D.: "El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes". EMECÉ. Buenos Aires, 2002.

